

Hapvida Assistência Médica LTDA • Av Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98.

01/02

OFERTA DE CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

- 1- A declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente beneficiário tenha conhecimento no momento da assinatura do Contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Deverá, portanto, marcar (sim ou não) de próprio punho, na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofre ou sofreu de alguma delas, bem como outras não apontadas.
- 2- No preenchimento desta declaração de saúde, o proponente beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela contratada ou por um de sua confiança, sendo que, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 3- Declarando o proponente beneficiário, para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferecer-lhe-á a contratada, neste momento, CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, por um período de, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses.
- 4- Não poderá haver suspensão do atendimento e do Contrato do proponente beneficiário para doenças ou lesões preexistentes por este não declaradas, até que a contratada apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente beneficiário omitiu a declaração de doença ou lesão preexistente no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 5- A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofridor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do Contrato. Nesse caso, o proponente beneficiário será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Contratada, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM S (SIM) OU N (NÃO)

ITENS	TITULAR	1º DEP.	2º DEP.	3º DEP.	4º DEP.
01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras					
02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras.					
03. Neurológicas: convulsões, enxaquecas, parkinson, paralisia e outras.					
04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras.					
05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca e outras.					
06. Endocrinológicas: diabetes, tireóides, ovário, obesidade e outras.					
07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras.					
08. Gêrito-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras.					
09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, amígdalas, audição e outras.					
10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras.					
11. Ginecológicas e Mamárias: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras.					
12. Câncer ou Tumor: qualquer tipo.					
13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras.					
14. Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras.					
15. Congênitas: cardíacas, neurológica, ortopédicas, deformidades e outras.					
16. Infecto-contagiosas: AIDS, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras.					
17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras.					
18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras.					
19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras.					
20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras.					
21. Doenças do sono: distúrbio do sono.					
22. Outras doenças não citadas acima.					
23. Altura.					
24. Peso					

Hapvida Assistência Médica LTDA • Av Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98.

02/02

Se a resposta a algum item acima for SIM para qualquer um dos proponentes, responder especificando o item, o código e o nome do(s) beneficiário(s) do(s) proponente(s), no quadro complementar abaixo, com seus devidos esclarecimentos.

Item	Código	Nome de beneficiário	Esclarecimentos

Havendo declaração ou identificação da doença ou lesão preexistente o proponente cumprirá a CPT, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas ou identificadas. A suspensão da cobertura será por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data de adesão ao plano.

OFERTA DE CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

1. Eu, proponente beneficiário, para preenchimento desta Declaração de Saúde:

- ☐ Dispensei o acompanhamento do “médico orientador”;
- ☐ Solicitei o acompanhamento do “médico orientador” oferecido pela operadora;
- ☐ Solicitei o acompanhamento de um médico da minha confiança, sendo que nesse caso as despesas com honorários médicos serão de minha responsabilidade.

Nome do médico: _____ CRM nº: _____

Assinatura do médico: _____

2. Declaro que preenchi de próprio punho esta declaração e assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e a dos meus dependentes.

3. Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o proponente beneficiário entenda ser importante registrar:

4. Declaro que estou ciente e de acordo, por mim e por meus dependentes, com o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária-CPT para os procedimentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes acima declaradas, por um período de 24 meses, contados da presente adesão ao plano.

5. Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações à Hapvida sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional

_____, ____/____/____
Local Data

Proponente titular ou responsável (quando menor)