

## Checklist para preenchimento da Declaração de Saúde - DS manuscrita

Prezado (a) Senhor (a), a declaração de saúde deve ser preenchida de próprio punho. Responder às questões de 01 a 13, caso alguma das respostas seja SIM, especificar o nome e localização/lado da doença e desde quando é portador.

### Carta de Orientação ao Beneficiário (CARTA ANS):

Página 1:

- Rubricar.

Página 2:

- No campo assinatura do beneficiário, preencher: Local e data do preenchimento, nome completo (sem abreviatura) e assinar.
- O campo “Intermediário” não deve ser preenchido pelo cliente, é de responsabilidade do consultor de vendas.

### Declaração de Saúde (DS):

Página 3:

- Identificação: Preencher nome completo (sem abreviatura) data de nascimento e o grau de dependência.
- Rubricar.

Página 4:

- Rubricar.

Página 5:

- Aspectos Gerais: Na questão 1 preencher a Idade, o peso e altura;

- Responder às questões de 2 a 9 assinalando SIM ou NÃO. Se for respondido SIM, deverá especificar com nome da Doença e/ou da Lesão Preexistente (DLP), informando a localização/lado no corpo e desde quando sabe ser portador.
- Rubricar.

Páginas 6:

- Responder às questões de 10 a 13 assinalando SIM ou NÃO. Se for respondido SIM, deverá especificar com nome da Doença e/ou Lesão Preexistente (DLP), informando a localização/lado no corpo e desde quando sabe ser portador.
- Rubricar.
- Assinalar X em uma das opções - se necessita ou não de auxílio médico para preenchimento da Declaração de Saúde. Se optar por ser orientado, deverá entrar em contato com a Unimed Grande Florianópolis para agendamento pelo telefone (48) 3216-8513 ou 3216-8130. OU
- Se achar que não necessita de auxílio assinalar a opção “Dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações”.

Páginas 7:

- No campo assinatura do beneficiário preencher: Nome completo (sem abreviatura), informar o CPF, a data do preenchimento e assinar.

**Termo de formalização da Cobertura Parcial Temporária (CPT):**

Para os clientes que declararem alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP);

- Campos dos itens 02 e 03: CID e Período são preenchidos pela UGF;
- Campo Assinatura do beneficiário: Nome completo (sem abreviatura), informar o CPF, data do preenchimento e assinar;

## Orientações:

- A Declaração de Saúde deverá ser, obrigatoriamente, preenchida de próprio punho pelo titular ou dependente quando maiores de idade. Para os menores ou legalmente incapazes a responsabilidade do preenchimento é do responsável legal, informando os dados do beneficiário.
- Os formulários não poderão ser rasurados e/ou conter uso de corretivo nas informações preenchidas pelo beneficiário. Caso seja identificado rasura, conforme exemplos acima, será solicitado novo preenchimento para dar continuidade ao processo e inclusão.
- Todas as páginas deverão ser rubricadas frente e verso, exceto aquelas que possuem campos de assinatura do beneficiário.
- A Declaração de Saúde deverá ser preenchida, assinada e encaminhada à operadora na ordem de páginas do arquivo encaminhado.
- Se for portador de DLP (Doença e/ou Lesão Preexistente) citar a localização/lado da doença/patologia, por exemplo:
  - ✓ Tendinite no punho direito;
  - ✓ Artrose no joelho esquerdo;
  - ✓ Prótese de silicone nas mamas;
  - ✓ Pinos e parafusos no cotovelo esquerdo, devido à fratura;
  - ✓ Fios no LCA joelho esquerdo devido a rompimento ligamentar;
  - ✓ Âncora no ombro direito devido a rompimento do tendão;