MATO GROSSO SAÚDE

DECLARAÇÃO DE SAÚDE
(TITULAR E DEPENDENTES)

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes como sendo aquelas que o beneficiário, ou seu responsável legal, tenha conhecimento no momento da adesão aos benefícios do MT SAÚDE.
2. O MT SAÚDE reserva o direito de solicitar perícia médica com o objetivo de dirimir possíveis dúvidas quanto à existência ou não de doenças ou lesões preexistentes no beneficiário ou quaisquer de seus dependentes, direito este com o que o beneficiário titular, neste ato, apõe o seu 'DE ACORDO".
3. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, pode acarretar a suspensão ou cancelamento de sua condição de beneficiário.

BENEFICIÁRIO		SEXO	DATA NASC.
TITULAR		☐M ☐F	
DEPENDENTE 01		☐M ☐F	
DEPENDENTE 02		☐M ☐F	
DEPENDENTE 03		☐M ☐F	
DEPENDENTE 04		☐M ☐F	
DEPENDENTE 05		☐M ☐F	

ITENS	TITULAR		DEP. 01		DEP. 02		DEP. 03		DEP. 04		DEP. 05	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Nasceu com algum problema ou malformação?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sofreu algum tipo de acidente?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Já foi submetido a alguma cirurgia?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Já foi internado alguma vez?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tem alguma prótese, platina, fio ou parafuso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sofre ou sofreu de diabetes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Tem ou teve problemas de ossos ou articulações?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sofre ou já sofreu de doença de esôfago, estômago, intestino, fígado ou vesícula?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sofre ou já sofreu de hérnia (de qualquer natureza)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sofre ou já sofreu de doença cardíaca, circulatória ou hipertensão arterial?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tem varizes, hemorróidas ou doença das artérias?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sofre ou já sofreu de cálculo renal, doença dos rins, bexiga, próstata, uretra ou perda de urina?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Sofre ou já sofreu de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas (AIDS, hepatite, tuberculose etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sofre ou já sofreu de doença neurológica ou psiquiátrica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sofre ou já sofreu de alguma doença do pulmão ou dificuldade respiratória?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Tem problema dos olhos? miopia, astigmatismo ou outros?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Tem ou teve problema de ouvido, nariz, garganta ou alergia?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sofre ou já sofreu de câncer?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Tem ou teve doença de mama, útero ou ovário?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Faz ou fez uso de drogas ilícitas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Teve perda de peso recentemente?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Tem indicação de algum tratamento clínico ou cirúrgico que não tenha sido realizado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Faz uso habitual de algum medicamento? Por que?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Submete-se ou submeteu-se a tratamento psicológico por dependência química (álcool, drogas)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

MATO GROSSO SAÚDE

25. Sofre ou já sofreu de doenças do sangue ou submeteu-se à alguma transfusão deste ou de seus derivados?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sofre ou já sofreu de alguma doença não-relacionada acima que o tenha obrigado a se submeter algum tratamento médico ou hospitalar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Submeteu-se a algum tratamento à base de quimioterapia, radioterapia ou diálise?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SE ALGUMA RESPOSTA TIVER SIDO "SIM", ESCLAREÇA MELHOR ABAIXO

ITEM	TIT/NºDEP	DESCRIÇÃO DO EVENTO	Não Preencher – Para uso do MT SAÚDE	CID 10

DECLARAÇÕES GERAIS

Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas neste documento, que coincide com o original em poder do MT SAÚDE e declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas. Tenho conhecimento de que a omissão de informações sujeita-me à pena de imputação de fraude (Art. 299, do Código Penal) e cancelamento da condição de beneficiário.

"Art. 299, Código Penal. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.Pena – reclusão de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

☐ **DECLARO ter conhecimento que, para utilização dos benefícios do MT Saúde para atendimentos, tratamentos ou mesmo internações oriundos das doenças informadas nesta Declaração de Saúde, o beneficiário terá de cumprir um período de carência 360 (trezentos e sessenta) dias, contados a partir do primeiro desconto em folha de pagamento.**

☐ DECLARO QUE RECEBI UMA CÓPIA DE IGUAL TEOR DESTE DOCUMENTO

Obs.: no caso de Dependente menor de 18 (dezoito) anos, a Declaração de Saúde é de inteira responsabilidade do Beneficiário Titular

DATA	NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR	ASSINATURA

(não preencher)

PARA USO DO MT SAÚDE

_____

_____

_____

_____

_____