

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado (a) Beneficiário (a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das Operadoras de planos privados de Assistência à Saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

### AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A Operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

### AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A Operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a Operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, Não poderá ocorrer a suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - Não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

Beneficiário  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data  
Nome: \_\_\_\_\_

Intermediário entre a operadora e o beneficiário  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**Esta declaração é parte integrante do contrato que ora se assina, válida para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADMISSÃO. Para fins de pleno esclarecimento, seguem abaixo as seguintes DEFINIÇÕES.**

**1) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)** - são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 da ANS.

**2) Cobertura Parcial Temporária (CPT)** – aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente à doenças ou lesão preexistente declarados pelo beneficiário ou seu representante legal.

**3) Agravo** – qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e o beneficiário.

O beneficiário deve informar à contratada por meio desta Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art.13 da Lei nº 9.656, de 1998

**4)** Nesse caso, VS<sup>a</sup> será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, à partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

**Informações Adicionais:**

**a)** O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante a entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus.

**b)** Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**c)** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Nome do Titular \_\_\_\_\_  
 Dependente 01 \_\_\_\_\_  
 Dependente 02 \_\_\_\_\_  
 Dependente 03 \_\_\_\_\_  
 Dependente 04 \_\_\_\_\_

**01. DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para as respostas negativas. <b>INFORME SE É PORTADOR DE:</b>	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
<b>01</b>	Doenças Infecto-contagiosas (AIDS, Hepatite, Tuberculose, Meningite, outros). Especifique: _____					

02	Doenças Respiratórias (Enfisema, Asma, Bronquite, Pneumonia de Repetição, outros). Especifique: _____					
03	Doenças Ortopédicas (Escoliose, Hérnia de disco, Artrose, Deformidade Ossea, Osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, fraturas de repetição) ou outro distúrbio ósseo ou de membros. Especifique: _____					
04	Doenças do Sistema Nervoso e Cerebrovasculares (AVC, Paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Crise convulsiva ou outras). Especifique: _____					
05	Doenças Endócrinas ou Metabólicas (Diabetes, Hipertireoidismo, Hipotireoidismo, outras) Especifique: _____					
06	Doenças ou Tumorações Malignas (Leucemias, Mielomas, Carcinomas, Melanomas, Linfomas, outros) Especifique: _____					
07	Hérnias (Inguinais, Umbilicais, Incisionais, outras) Especifique: _____					
08	Doenças Cardiovasculares (Angina, Infarto, Pressão alta, Arritmias, Doenças congênitas, Cirurgias cardíacas anteriores, outros) Especifique: _____					
09	Doenças de Veias e Artérias (Varizes, Aneurisma, Trombose, Má circulação, outras) Especifique: _____					
10	Doenças do Aparelho Urinário (Cálculos, Infecção nos Rins, Insuficiência Renal, Cistite, Uretrite, outras). Especifique: _____					
11	Doenças do Aparelho Digestivo (Cálculo de Vesícula, Doenças do Fígado, Doenças do Intestino, Úlceras de Estômago e outras). Especifique: _____					
12	Doenças Ginecológicas e da Mama (Mioma, Cisto de Ovário, Endometriose, Incontinência Urinária, Nódulos Mamários, Ruptura de Périneo, outras) Especifique: _____					
13	Doenças dos Órgãos Genitais Masculinos (Hidrocele, Fimose, Criptorquídia, Doenças da Próstata, outras) Especifique: _____					
14	Doenças do Colágeno e Auto-ímmunes (Lupus Eritematoso, Esclerose Múltipla, Artrite Reumatóide, outras) Especifique: _____					
15	Doenças do Sangue ou Imunológicas (Anemias, Púrpuras, Talassemia, outras) Especifique: _____					
16	Doenças do Ouvido, Nariz e Garganta (Diminuição da Audição, Otites, Desvio de Septo, Sinusites, Amigdalites) Especifique: _____					
17	Doenças Oftalmológicas ou Alteração de Refração (Catarata, Glaucoma, Miopia, Ceratocórnea, outras) Especifique: _____					
18	Doenças e Transtornos Mentais ou Psiquiátricos (Depressão, Transtorno bipolar, Esquizofrenia, Retardo Mental, ou Uso de Drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD e outras) Especifique: _____					
19	Doenças Congênitas e ou Hereditárias (Síndrome de Down, Polidactília, outras) Especifique: _____					

20	Obesidade Mórbida:					
21	Atraso Menstrual e Gravidez, Complicações de Gestação, Complicações no Parto e Ameaças de Abortamento. Especifique: _____					
<b>02. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>						
22	Sofre alguma doença não relacionada acima, que tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique: _____					

Indique no quadro abaixo seu peso, altura e de seus dependentes.

**DEPENDENTES**

	TITULAR	01	02	03	04
Peso (kg)					
Altura (cm)					
IMC					

**IMC= Peso / altura<sup>2</sup>**

- O preenchimento desta declaração de saúde contou com a presença de médico orientador

Sim  Não

- O beneficiário dispensou a presença do médico orientador no preenchimento desta declaração de saúde.

Sim  Não

Informações adicionais do beneficiário: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente prestados, estando ciente que nos termos da Lei nº 9.656/98 e normas aplicáveis, que a omissão de fatos e informações sobre doenças e lesões preexistentes conhecidas e não declaradas poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando na rescisão contratual e na minha responsabilidade pelo pagamento das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objeto de cobertura parcial temporária, caso assim venha a ser comprovado junto a ANS.**

**Declaro para os devidos fins e efeitos de direito, por mim e por meus dependentes inscritos no plano de saúde, que a Operadora me ofereceu Cobertura Parcial Temporária - CPT (v. item 2 das DEFINIÇÕES) para as doenças ou lesões preexistentes indicadas na Declaração de Saúde, pelo que aceito, me obrigo, por todos os meus dependentes inscritos no plano de saúde, a cumprir CPT pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da celebração do contrato. Declaro, ainda, que aceito e tenho conhecimento de que para as doenças ou lesões indicadas na declaração de saúde, não poderei, tão pouco meus dependentes inscritos no plano de saúde contratado, realizar procedimentos que necessitem de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta**

**tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, pelo que firmo a presente declaração, a qual será tida por firme e valiosa em qualquer tempo e lugar.**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA DA DECLARAÇÃO

\_\_\_\_\_  
NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR  
(Ou responsável, caso o titular seja menor de 18 anos)

\_\_\_\_\_  
NOME DO MÉDICO ORIENTADOR

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO ORIENTADOR