

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 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 problemas 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 **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá fornecer: 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, 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 relacionado 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 responsabiliza-los pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer 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!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário.

Beneficiário:

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE PESSOA FÍSICA PESSOA JURÍDICA Nº _____.

DADOS DO TITULAR

Nome: _____ Tipo de Plano: _____
RG: _____ Data de Nascimento: _____

DEPENDENTES

1 – Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
2 – Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
3 – Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
4 – Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
5 – Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

PREENCHIMENTO NECESSÁRIO EM CASO DE PESSOA JURÍDICA

Nome da empresa: _____ Código do contrato: _____.

Declaro que o representante da UNIÃO MÉDICA ofereceu-me todas as informações a respeito do contrato, não havendo de minha parte, dúvidas sobre quaisquer de suas cláusulas. Declaro também que assumo inteira responsabilidade pelas respostas abaixo, sob pena de imputação de fraude, e que a UNIÃO MÉDICA colocou a minha disposição à escolha de profissionais médicos para entrevista.

Informações obrigatórias, por força da Resolução ANS/ RN nº. 162/07:

1 – 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 doença ou lesão preexistente declarados pelo beneficiário ou seu representante legal.

2 – 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.

3 – No preenchimento da presente declaração, o consumidor possui a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou optar por um profissional de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

4 – A declaração de saúde possui por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

5 – A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

ACEITO A AJUDA DO PROFISSIONAL MÉDICO
PARA ORIENTAÇÃO DO PREENCHIMENTO
DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

DISPENSO A AJUDA DO PROFISSIONAL MÉDICO
PARA ORIENTAÇÃO DO PREENCHIMENTO
DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

**DADOS DO PROFISSIONAL
(PREENCHER DE PRÓPRIO PUNHO)**

NOME: _____
CRM: _____
Assinatura: _____
Data: _____

Assinatura do Titular: _____.

Data: _____.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE PESSOA FÍSICA PESSOA JURÍDICA Nº _____.

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS AO TITULAR E SEUS DEPENDENTES. PESSOA FÍSICA UTILIZAR O ESPAÇO RESERVADO AO TITULAR.		TITULAR	Nº DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5
01	Sofre ou já sofreu de doenças do aparelho cardio- circulatório, veias e artérias? (pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formações congênicas, arritmias entre outras, inclusive congênicas, varizes, flebites).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
02	Sofre ou já sofreu doenças endócrinas ou metabólicas? (diabetes, tireóide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênicos).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
03	Sofre ou já sofreu de problemas pulmonares? (asma, bronquite, efizema, insuficiência respiratória, inclusive congênicas entre outras).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
04	Sofre ou já sofreu de doenças do aparelho digestivo? (Fígado: hepatite, cirrose – Estômago: Gastrite, úlcera, hérnia – Intestino preso, diarreias frequentes, hemorroidas, - esôfago, pedra na vesícula biliar, pâncreas, doenças congênicas entre outras).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
05	Sofre ou já sofreu de doenças dos órgãos genitais masculinos? (próstata, testículo, pênis) – impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doenças congênicas).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
06	Sofre ou já sofreu de doenças ginecológicas e das mamas? (períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterilidade, doenças congênicas entre outras).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
07	Sofre ou já sofreu de problemas urinários renais ou da bexiga? (cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênicas entre outras).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
08	Sofre ou já sofreu de doenças infecto-contagiosas? (relacionadas ao vírus HIV, lepra, tuberculose, entre outras).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
09	Sofre ou já sofreu de alguma doença do sangue? (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
10	Sofre ou já sofreu de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta? (diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes, problemas de adenoide, tumor, desvio de septo, sinusite, amigdalite crônica entre outras, inclusive congênicas).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
11	Sofre ou já sofreu de doenças oftalmológicas? (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações de retina, entre outras).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
12	Sofre ou já sofreu de doenças ou más formações (defeitos) congênicas ou hereditárias (familiares)?	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
13	Sofre ou já sofreu de doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)?	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO
14	Sofre ou já sofreu de alguma doença neurológica? (derrame cerebral, epilepsia, convulsões, desmaios, aneurisma cerebral, dores de cabeça frequentes, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, deficiência mental ou motora).	() SIM () NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO

	(movimentação dos membros), entre outras, inclusive congênitas).						
15	Sofre ou já sofreu de algum transtorno psiquiátrico? (Psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outros).	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
16	Sofre ou já sofreu de alguma dependência química? (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras).	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
17	Sofre ou já sofreu de alguma doença na pele? (psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes entre outras, inclusive congênitas).	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
18	Sofre ou já sofreu de problemas ortopédicos ou doenças reumáticas? (Artrose, artrite, hérnia de disco, fraturas que deixaram sequelas, osteoporose, escoliose, lombalgia, desvios da coluna, entre outras, inclusive congênitas).	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
19	Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especificar.	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
20	Realiza o realizou diálise ou hemodiálise? Especificar.	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
21	Realiza ou realizou quimioterapia, braquioterapia ou radioterapia? Especificar.	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
22	Possui marca-passo ou outra prótese interna? (pinos, placas, parafusos). Especificar.	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
23	Já foi submetido (a) a alguma cirurgia que deixou sequelas? Especificar.	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
24	Sofre ou já sofreu de obesidade mórbida? Especificar seu peso e altura.	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
25	Sofre ou já sofreu de alguma doença ou foi submetido (a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? Especificar.	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
26	Está gestante?	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
TITULAR	DEPENDENTE 1	DEPENDENTE 2	DEPENDENTE 3	DEPENDENTE 4	DEPENDENTE 5		
PESO:	PESO:	PESO:	PESO:	PESO:	PESO:		
ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:		
IMC:	IMC:	IMC:	IMC:	IMC:	IMC:		

Local e Data:

Assinatura do contratante titular e RG

_____, ____/____/____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE PESSOA FÍSICA PESSOA JURÍDICA Nº _____.

EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS NAS PÁGINAS ANTERIORES, DESCREVA NOS ESPAÇOS ABAIXO A DOENÇA, INFORMANDO O NÚMERO DO ÍTEM E RELACIONANDO AO TITULAR OU DEPENDENTE A QUEM SE REFERE. PESSOA FÍSICA, USAR SOMENTE O ESPAÇO RESERVADO AO TITULAR.

ÍTEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	DEPEND. 1	DEPEND. 2	DEPEND. 3	DEPEND. 4	DEPEND. 5

ÍTEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	DEPEND. 1	DEPEND. 2	DEPEND. 3	DEPEND. 4	DEPEND. 5

ÍTEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	DEPEND. 1	DEPEND. 2	DEPEND. 3	DEPEND. 4	DEPEND. 5

ÍTEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	DEPEND. 1	DEPEND. 2	DEPEND. 3	DEPEND. 4	DEPEND. 5

ÍTEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	DEPEND. 1	DEPEND. 2	DEPEND. 3	DEPEND. 4	DEPEND. 5

RESTRIÇÕES:

(1) CIRÚRGICO (2) USO DE LETO DE ALTA TECNOLOGIA (3) PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE

RESTRIÇÃO	ÍTEM	BENEFICIÁRIO	DESCRIÇÃO	MESES	CID - 10

Local e Data:

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Assinatura e carimbo do (a) médico (a) responsável:

_____, ____/____/____