

**Prezado (a) Beneficiários (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 regulamente, 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 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 impedir-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe à denúncia a ANS.
- 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 do 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 cumprimentos 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 suspensão do atendimento em rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- 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](http://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](http://www.ans.gov.br) – Perfil Beneficiário.

**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 de alta ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) – Perfil beneficiário.

**Beneficiário (Proponente Titular ou Responsável)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Intermediário entre Operadora e Beneficiário**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**[vitallis.com.br](http://vitallis.com.br)**

**VITALLIS SANITAS**

Rua dos Otoni, 742, Loja 102 - Santa Efigênia - Belo Horizonte | MG, CEP: 30.150.270