

Formulário de Declaração de Saúde

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados

Nome de quem utilizará o plano de saúde (completo sem abreviaturas).

Telefone / Celular.

Nome da Empresa Contratante.

Grau de Escolaridade

Preencha a informação do campo 1, e em seguida marque com um “X” as demais opções. Escolha “SIM” caso esteja ciente de que é portador de tal condição e especifique. Caso contrário, assinale “NÃO”.

1. Informe seu peso atual kg (quilos) PA Informe idade atual
Informe sua altura m (metros) Exemplo: Altura acima de 1 metro: 1,65 IMC
Altura abaixo de 1 metro: 0,65

2 - Sofre ou Sofreu de doenças do coração como: pressão alta, infarto, sopro cardíaco, malformações congênitas, arritmias, faz uso de marca-passo, doenças das veias e artérias como: microvarizes, varizes, flebites, trombose, úlcera venosa ou arterial, carótida, aorta, entre outras? NÃO SIM - QUAL? _____

3 - Sofre ou já sofreu de doenças da tireoide, hipertireoidismo ou hipotireoidismo, outros distúrbios hormonais ou metabólicos, inclusive congênitos? NÃO SIM - QUAL? _____

4 - Sofre ou já sofreu de problemas como: asma, bronquite, enfisema, insuficiência respiratória, inclusive congênita, tuberculose, entre outras? NÃO SIM - QUAL? _____

5 - É portador de diabetes mellitus? Especificar o tipo. NÃO SIM - QUAL? _____

6 - Sofre ou já sofreu de obesidade? Especificar grau. NÃO SIM - QUAL? _____

7 - É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo como: cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, hérnia, intestino preso, diarreias frequentes, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outras? NÃO SIM - QUAL? _____

8 - PARA MULHERES: É portadora de alguma doença das mamas ou endometriose, doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra, ou está gestante? NÃO SIM - QUAL? _____

9 – PARA HOMENS: É portador de alguma doença da próstata, de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra? NÃO SIM - QUAL? _____

10 – É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante, realiza ou realizou hemodiálise? NÃO SIM - QUAL? _____

11 – É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Possui seqüela de fraturas ou algum tipo de placa, parafusos? Em que parte do corpo? NÃO SIM - QUAL? _____

12 - É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, torácica, lombar, sacra, coccígea)? NÃO SIM - QUAL? _____

13 - Sofre ou já sofreu de doenças infectocontagiosas (relacionadas ao vírus HIV/AIDS, lepra, tuberculose), entre outras? NÃO SIM - QUAL? _____

14 - É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra? NÃO SIM - QUAL? _____

15 - É portador (a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra? NÃO SIM - QUAL? _____

16 - É portador (a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra? NÃO SIM - QUAL? _____

17 - É portador(a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, ou outras? Tem necessidade de transplante de córnea? NÃO SIM - QUAL? _____

18 - É portador(a) de alguma deficiência física, possui malformação congênita ou anomalias cromossômicas? NÃO SIM - QUAL? _____

19 - É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico. NÃO SIM - QUAL? _____

20 - É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outras? NÃO SIM - QUAL? _____

21 - Sofre ou já sofreu de algum transtorno psiquiátrico? (Psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outros). NÃO SIM - QUAL? _____

22 - É portador(a) de alguma doença de pele, como manchas, tumores ou outras? Especificar o local. NÃO SIM - QUAL? _____

23 - É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras? NÃO SIM - QUAL? _____

24 - Realiza ou realizou quimioterapia, braquioterapia ou radioterapia? Especificar. NÃO SIM - QUAL? _____

25 - É portador(a) de alguma doença ou foi submetido(a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? Especificar. NÃO SIM - QUAL? _____

Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda que seja importante registrar:

Marque com X a opção escolhida quanto à orientação médica para preenchimento deste formulário de Declaração de Saúde. Declaro que optei por:

- ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela União Médica, sem ônus financeiro.
- ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade.
- 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.

**DADOS DO PROFISSIONAL
(Preencher de Próprio Punho)**

NOME: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a União Médica considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da União Médica alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

Este documento possui validade de 30 dias úteis. Em se tratando de pendências de exames ou relatórios médicos, realizar a entrega dentro deste prazo. Caso os exames não sejam entregues dentro do prazo ante exposto, ficará a cargo do setor da DECLARAÇÃO DE SAÚDE a discricionariedade para aceitação da declaração/perícia médica do beneficiário.

Local e Data: _____

(Ass. deverá ser igual à do documento de identificação apresentado).

Nome: _____

CPF: _____ - _____

Rubrica _____

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 do **FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É O FORMULÁRIO DE 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 de 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 ESSA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE 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 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 da assinatura contratual; após esse período, a cobertura passará a ser integral, de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrições 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 estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE QUE O BENEFICIÁRIO
SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse 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 à doença ou à 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 doença ou lesão 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 o Formulário de 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 **
_____, ____ / ____ / ____
NOME: _____

(Assinatura do Beneficiário)

Intermediário entre a operadora e o Beneficiário **
_____, ____ / ____ / ____
NOME: _____

CPF: _____

(Assinatura do Intermediário)

** Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal / procurador.

*** Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.