

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Nº do contrato

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, caso 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 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 Agravo, 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 coronária 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 carência 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 referente a 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](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.

**Beneficiário**

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

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Nome Cpf

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Intermediário entre a operadora e o beneficiário**

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

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Nome Cpf

\_\_\_\_\_  
Assinatura

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

## Orientações Gerais

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes como sendo aquelas que o Beneficiário titular, dependentes e agregados, ou seu responsável legal, tenham conhecimento no momento da contratação.

A operadora reserva o direito de solicitar perícia médica com o objetivo de dirimir possíveis dúvidas quanto à existência ou não de doenças ou lesões preexistentes, direito este com o que o beneficiário titular, neste ato, apõe o seu 'DEACORDO'.

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, à 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 às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

**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.

### DIREITO DO BENEFICIÁRIO SOBRE PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE (RN 162/07, art. 10.III)

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

### INFORMAÇÃO A RESPEITO DAS CONSEQUÊNCIAS DE INFORMAÇÕES FALSAS

A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente do qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto a 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 comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente Não declarada.

## Relação de beneficiário (s)

Grau	Nome	Data de nascimento	Sexo	Altura	Peso
*T			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
**D.1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
D.2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
D.3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
D.4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
D.5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Informamos que os valores de peso e altura declarados, neste documento, servirão de cálculo para o IMC. Caso índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da CPT.

T - TITULAR D - DEPENDENTE

**RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.**

Ítems (Justificar ao final todas as respostas afirmativas)	T	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5
1. Sofre de diabetes? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, o uso de insulina e as complicações a ela associadas.						
2. Sofre ou já sofreu de alguma doença endócrina, tal como tireóide, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado, e o período do tratamento.						
3. Sofre ou já sofreu de câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período do tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos.						
4. Sofre ou já sofreu de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tais como AIDS, doenças venéreas, hepatites, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
5. Submeteu-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.						
6. Sofre ou já sofreu de hérnia, tais como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.						
7. Sofre ou já sofreu de alguma doença cardiovascular, tal como hipertensão arterial, angina, infarto do miocárdio, cardiopatia ou mesmo dor no peito? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.						
8. Sofre ou já sofreu de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						

Itens (Justificar ao final todas as respostas afirmativas)	T	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5
9. Sofre ou já sofreu de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
10. Sofre ou já sofreu de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal, alterações do ritmo intestinal ou sangramento e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
11. Sofre ou já sofreu de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, hérnia de disco, artrose, desvio de coluna e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
12. Sofre ou já sofreu de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
13. Sofre ou já sofreu de doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
14. Sofre ou já sofreu de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas, tabagismo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (medicamento e/ou psicoterápico) e o período de tratamento.						
15. Sofre ou já sofreu de doenças do sangue, tais como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
16. Submeteu-se ou submeteu-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.						
17. Sofre ou já sofreu de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.						
18. Sofre ou já sofreu de alguma doença ginecológica, tais como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital, sangramento anormal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
19. Sofre ou já sofreu de alguma doença urológica, ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
20. Possui alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.						
21. É portador de varizes ou apresenta edema em membros inferiores? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
22. Tem ou teve alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de seqüela.						
23. Submeteu-se a algum tratamento cirúrgico para implante de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent?						
24. Submeteu-se ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data da indicação do transplante e o tipo de transplante.						
25. Está grávida? Se sim, informar tempo de gravidez.						
26. Submeteu-se a consulta médica nos últimos 12 meses? Se sim, informar o motivo, o nome do médico e a especialidade.						
27. Submeteu-se a exames complementares (laboratório, raio-x, ultra-sonografia), nos últimos 12 meses? Se sim, informe o tipo e eventuais anormalidades de tratamento.						
28. Sofre ou já sofreu de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores que o tenha obrigado a se submeter a algum tratamento médico, hospitalar ou afastar-se de suas atividades normais? Se sim, informe tipo e a data do tratamento realizado.						
29. Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico ou psiquiátrico? Se sim, informe-o especificamente.						
30. Tem indicação para submeter-se proximo a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.						
31. Perdeu mais de 10% do seu peso corporal, nos últimos 3 anos? Se sim, informe quantos quilos.						
32. Algum membro da família possui diabetes, câncer, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, asma, enfisema, obesidade ou doença renal? Se sim, favor especificar o grau de parentesco (se pai, mãe e irmãos) e o tipo de doença.						
33. Sofre ou já sofreu alergia após a administração de algum medicamento? Se sim, informar quando, a reação apresentada e qual foi o medicamento.						
34. Atualmente faz uso de algum medicamento? Se sim, informe-o especificamente.						

