

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

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Item	Subitem	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) negativas.	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
		<b>Sofre(u) de alguma doença infecciosa ou parasitária como:</b>					
	a	Tuberculose?					
	b	Hepatite?					
	c	AIDS?					
	d	Meningite?					
	e	Hanseníase?					
	f	Outros?(Especifique)					
2		<b>Sofre(u) de neoplasias malignas (câncer)?</b>					
	a	Aparelho digestivo (estômago, outros)? Especifique.					
	b	Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique.					
	c	Pele?					
	d	Mama?					
	e	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique.					
	f	Órgãos genitais masculinos (próstata, outros)? Especifique.					
	g	Trato urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique.					
	h	Tireóide?					
	i	Linfoma?					
	j	Leucemia?					
	k	Outras localizações? Especifique.					
3		<b>Sofre(u) de neoplasias benignas?</b>					
	a	Útero (mioma)? (Mulher).					
	b	Pele (nevus)?					
	c	Outros? Especifique.					
4		<b>Sofre(u) de doenças do sangue (anemia, púrpura, outros)? Especifique.</b>					
		<b>Sofre(u) de doenças endócrinas?</b>					
	a	Diabetes?					
	b	Tireóide?					
	c	Emagrecimento acentuado?					
	d	Outras? (Especifique).					
6		<b>Sofre(u) de transtornos psiquiátricos ou mentais? Especifique.</b>					
7		<b>Apresenta algum tipo de dependência química?</b>					
	a	Álcool					
	b	Fumo?					
	c	Drogas?					
		<b>Sofre(u) de doenças do sistema nervoso?</b>					
	a	Parkinson?					
	b	Alzheimer?					
	c	Epilepsia?					
	d	Paralisia Cerebral?					
	e	Outros? Especifique.					
9		<b>Sofre(u) de doenças dos olhos e anexos?</b>					
	a	Catarata?					
	b	Glaucoma?					
	c	Estrabismo?					
	d	Miopia? (Informar o grau)					
	e	Astigmatismo? (Informar o grau)					
	f	Hipermetropia? (Informar o grau)					
	g	Outros? Especifique.					
10		<b>Sofre(u) de doenças do ouvido?</b>					
	a	Labirintite?					
	b	Perda de audição?					
	c	Outros? Especifique.					
11		<b>Sofre(u) de doenças do aparelho circulatório?</b>					
	a	Febre Reumática?					
	b	Hipertensão Arterial?					
	c	Angina Pectoris?					

	d	Infarto do miocárdio?					
	e	Arritmia cardíaca?					
	f	Insuficiência cardíaca?					
	g	Acidente vascular cerebral ("derrame")?					
	h	Varizes de membros inferiores?					
	i	Hemorróidas?					
	j	Outros? Especifique					
12		<b>Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório?</b>					
	a	Rinite?					
	b	Sinusite?					
	c	Bronquite?					
	d	Asma?					
	e	Pneumonia?					
	f	Enfisema?					
	g	Desvio de septo nasal?					
	h	Outros? Especifique.					
13		<b>Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo?</b>					
	a	Úlcera Péptica?					
	b	Gastrite?					
	c	Hérnia? (Especifique, local)					
	d	Doença diverticular do intestino?					
	e	Cirrose hepática?					
	f	Colite?					
	g	Colelitíase (cálculo da vesícula)?					
	h	Outros? Especifique					
14		<b>Sofre(u) de doenças da pele? Especifique o local</b>					
	a	Verrugas?					
	b	"Pintas"?					
	c	Quelóide?					
	d	"Caroços"?					
	e	Xantelasma?					
	f	Cistos?					
	g	Calos?					
	h	Outros? Especifique					
15		<b>Sofre(u) de doenças osteomuscular?</b>					
	a	Artrite?					
	b	Artrose?					
	c	Osteoporose?					
	d	Reumatismo?					
	e	Escoliose?					
	f	Hérnia de Disco?					
	g	Osteomielite?					
	h	Outros? (Especifique)					
16		<b>Sofre(u) de doenças do aparelho genito urinário?</b>					
	a	Insuficiência renal?					
	b	Cálculo urinário?					
	c	Incontinência urinária ("urina solta")?					
	d	Hiperplasia da próstata? (Homem)					
	e	Fimose?(Homem)					
	f	Nódulo Mamário?					
	g	Infertilidade?					
	h	Cisto de ovário? (Mulher)					
	i	Transtornos menstruais? (Mulher)					
	j	Endometriose? (Mulher)					
	k	Nefrite?					
	l	Outros? Especifique					
17		<b>Sofre(u) de traumatismos e/ou fraturas? (Especifique)</b>					
18		<b>Sofre(u) de mal formações congênicas (doenças de nascença)? Especifique</b>					
19		<b>Sofre de seqüelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique</b>					
20		<b>Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique</b>					

21		Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Especifique.					
22		Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique					
23		Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Especifique					
24		Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)?Especifique.					
25		Especifique o seu peso e de seus dependentes (em Kg)					
26		Especifique a sua altura e de seus dependentes (formato m, cm)					
27		Qual a sua idade e de seus dependentes? (em anos)					

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima onde se perguntou sobre a existência de doença, indique abaixo o item, subitem, especificação, proponente e data do evento

Item	Subitem	Especificação	Proponente	Data do Evento

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

<p>DECLARO QUE FUI ORIENTADO POR MÉDICO:</p> <p>( ) DA OPERADORA</p> <p>( ) PARTICULAR</p>	<p style="text-align: center;"><b>DECLARAÇÃO DO MÉDICO</b></p> <p>Declaro que prestei as informações necessárias para o Contratante preencher esta Declaração de Saúde.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura / Nome / CRM</p>
--	---

( ) DECLARO QUE DISPENSEI A ORIENTAÇÃO DE UM MÉDICO

**Declaração**

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerado como comportamento fraudulento, implicando na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviarem à UNIMED as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos insituídos, isentando-a, ou seus cooperados, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Titular: \_\_\_\_\_

Dependente 01: \_\_\_\_\_

Dependente 02: \_\_\_\_\_

Dependente 03: \_\_\_\_\_

Dependente 04: \_\_\_\_\_

Dependente 05: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome do Proponente: \_\_\_\_\_

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