ANEXO

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 - 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: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Item	Subitem	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Sim ou Não
1		**Sofre(u) de alguma doença infecciosa ou parasitária como:**	
	a	Tuberculose (infecção que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas)?	
	b	Hepatite (inflamação do fígado por infecção ou medicamentos)?	
	c	AIDS/SIDA? É portador do vírus HIV?	
	d	Meningite (inflamação nas membranas que revestem o cérebro)?	
	e	Hanseníase (Antiga Lepra)?	
	f	Doença de Chagas	
	g	Esquistossomose (barriga d´água, xistose ou doença do caramujo)	
	h	Outros? (Especifique)	
2		**Sofre(u) de neoplasias malignas (câncer)?**	
	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?	
3		**Sofre(u) de neoplasias (tumor) benignas?**	
	a	Útero (mioma)? (Mulher)	
	b	Pele ?	
	c	Mama?	
	d	Tireoide?	
	e	Mieloma múltiplo	
	f	Outros? (Especifique)	
4		**Sofre(u) de doenças do sangue (anemia, púrpura, talassemia, hemofilia, outros)? Especifique:**	
5		**Sofre(u) de doenças endócrinas?**	
	a	Diabetes?	
	b	Tireóide?	

	c	Emagrecimento acentuado?	
	d	Obesidade?	
	e	Doença de Cushing?	
	f	Tirosinemia hereditária?	
	g	Doença de Wilson?	
	h	Outras? (Especifique)	
6		**Sofre(u) de transtornos psiquiátricos ou mentais?**	
	a	Psicose	
	b	Esquizofrenia	
	c	Depressão? (Especificar)	
	d	Outros	
7		**Sofre(u) de doenças do sistema nervoso?**	
	a	Parkinson?	
	b	Alzheimer?	
	c	Epilepsia?	
	d	Paralisia cerebral?	
	e	Esclereose múltipla?	
	f	Síndrome de Lennox-Gastaut? (sídrome rara de epilepsia infantil)	
	g	Polineuropatia sintomática?	
	h	Esclerose Lateral Amiotrófica?	
	i	Doença de Krabbe?	
	j	Outros? (Especifique)	
8		**Sofre(u) de doenças dos olhos e anexos?**	
	a	Catarata (é uma lesão ocular e deixa a visão embaçada)?	
	b	Glaucoma (aumento de pressão nos olhos)?	
	c	Ceratocone (doença na córnea/olho)?	
	d	Miopia? (Dificuldade para enxergar de longe) -Informar o grau	
	e	Astigmatismo? (Visão embaçada) - Informar o grau	
	f	Hipermetropia? (dificuldade para enxergar de perto) - Informar o grau	
	g	Presbiopia? (vista cansada)	
	h	Pterígio (inflamação no olho)?	
	i	Alterações na retina, DMRI (degeneração da retina - mancha na vista)?	

	j	Outros? (Especifique)	
9		**Sofre(u) de doenças do ouvido, nariz ou garganta?**	
	a	Labirintite?	
	b	Perda de audição?	
	c	Diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções Frequentes (ouvido)?	
	d	Problemas de adenoide, tumor?	
	e	Aspergilose invasiva e mucormicose?	
	f	Outros? (Especifique)	
10		**Sofre(u) de doenças do aparelho circulatório e doenças das valvas coração?**	
	a	Febre reumática (doença inflamatória das valvas do coração)?	
	b	Hipertensão arterial (alteração da pressão)?	
	c	Angina pectoris (dor no peito)?	
	d	Infarto do miocárdio (ataque cardíaco/coração)?	
	e	Arritmia cardíaca (alteração nos batimentos do coração) ?	
	f	Insuficiência cardíaca (o coração não consegue bombear sangue suficiente para o corpo / coração grande)?	
	g	Acidente vascular cerebral (“derrame”)?	
	h	Varizes de membros inferiores?	
	i	Hemorróidas?	
	j	Trombose?	
	k	Angioedema hereditário?	
	l	Doença de Kawasaki? (doença inflamatória que causa frebre em crianças)	
	m	Cardiomiopatia hipertrófica?	
	n	Outros? (Especifique)	
11		**Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório?**	
	a	Rinite?	
	b	Sinusite?	
	c	Bronquite?	
	d	Asma?	
	e	Pneumonia?	
	f	Enfisema (doença pulmonar obstrutiva crônica)?	
	g	Fibrose pulmonar	

	h	Embolia pulmonar	
	i	Insuficiência respiratória	
	j	Fibrose pulmonar idiopática	
		Outros? (Especifique)	
12		**Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo?**	
	a	Úlcera Péptica?	
	b	Gastrite?	
	c	Hérnia? (Especifique, local)	
	d	Doença diverticular do intestino (inflamação e/ou infecção, que formam balões ou bolsas no intestino)?	
	e	Cirrose hepática (fibrose causada por inflamação crônica do fígado)?	
	f	Fibrose (doença do fígado)	
	g	Colite(inflamação no intestino grosso)?	
	h	Doença de Crohn? (Especificar)	
	i	Outros (Especifique)	
13		**Sofre(u) de doenças da pele? (Especifique o local)**	
	a	Verrugas?	
	b	Nevus (Pintas)?	
	c	Quelóide?	
	d	Nódulos (Cistos)?	
	e	Xantelasma(pequeno depósito de gordura)?	
	f	Clavus plantar (calo)?	
	g	Dermatite atópica (Especificar)	
	h	Psoríase Pustulosa?	
	i	Outros (Especifique)?	
14		**Sofre(u) de doenças osteomuscular?**	
	a	Artrite (inflamação da articulação) ou Reumatismo (grupo de doenças que afeta articulações, músculos e esqueleto), espondilite?	
	b	Artrose (degeneração das articulações)?	
	c	Osteoporose (é uma condição que deixa os ossos frágeis e suscetíveis a fraturas)?	
	d	Escoliose (é uma curvatura anormal da coluna)?	

	e	Hérnia de Disco (desgaste ou deslocamento do disco da coluna vertebral)?	
	f	Osteomielite (inflamação causada por infecção bacteriana ou fúngica nos ossos)?	
	g	Outros? (Especifique)	
15		**Sofre(u) de doenças do aparelho genitor urinário?**	
	a	Insuficiência renal (rins perdem a capacidade de filtrar o sangue)?	
	b	Cálculo renal, uretral e de bexiga (Pedra nos rins)?	
	c	Incontinência urinária ("urina solta")?	
	d	Hiperplasia da próstata? (Homem)	
	e	Fimose? (Homem)	
	f	Infertilidade (dificuldade para engravidar)?	
	g	Cisto de ovário? (Mulher)	
	h	Transtornos menstruais (Metorragia (aumento de fluxo)/ amenorreia (falta de menstruação) – (Mulher)?	
	i	Endometriose? (Mulher)	
	j	Nefrite (inflamação / infecção dos rins)?	
	k	Ginecomastia (hipertrofia da mama masculina)?	
	l	Nefrite lúpica?	
16		Sofre(u) de traumatismos e/ou fraturas? Especifique	
17		Sofre(u) de malformações congênitas (doenças de nascença)? Especifique	
18		Sofre de sequelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Epecifique	
19		Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique	
20		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	
21		Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritonial? Especifique.	
22		Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia?	
23		Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique	

24		Possui diagnóstico Transtorno de identidade sexual – F64, transexualismo CID F64.0? Se a resposta for positiva, está sendo acompanhado em atenção especializada no processo transexualizador?	
25		Possui Transtornos globais do desenvolvimento – CID F84? Se sim, descrever doença ou lesões existentes em decorrência desse transtorno.	
26		Possui Atrofia Muscular Espinhal (AME): doença neurológica progressiva que leva a perda de força, movimentos, capacidade de engolir e respirar.	
27		Doença de Crohn (é uma doença inflamatória do trato gastrointestinal)	
28		Sofre, sofreu ou foi tratado de doenças ou deformidades da face e do crânio como: (PROGNATISMO, RETROGNATISMO, DISFUNÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (ATM), Atresia mandibular, ou outra? Se sim especifique: ----------	
29		Artrite Reumatóide	
30		Artrite Idiopática Juvenil (AIJ)	
31		Espondiloartrite Axial Radiográfica (Espondilite Anquilosante) ou não radiográfica	
32		Artrite Psoriásica	
33		Psoríase	
34		Doença De Crohn	
35		Colite/Retocolite Ulcerativa	
36		Hidradenite Supurativa	
37		Asma Eosinofílica Grave	
38		Asma Alérgica Grave	
39		Urticária Crônica Espontânea	
40		Uveíte não Infecciosa Ativa	
41		Esclerose Múltipla	
42		Dermatite Atópica	
43		Osteoporose	
44		Lipodistrofia parcial familiar? (perde de gordura)	
45		Possui alguma doença genética?	
46		Doença de Gaucher? (doença causa alterações no fígado e no baço)	

47		Doença de Fabry? (Nódulos na pele, problemas oculares, insuficiência renal e doença cardíaca)	
48		Hemofilia? (distúrbio genético que afeta a coagulação do sangue)	
49		Angioedema hereditário?	
50		Doença de Pompe?	
51		Doença de Huntington? (demência)	
52		Mucopolissacaridose?	
53		Fibrose cística?	
54		Doença de von Hippel-Lindau?	
55		Doença de fabry?	
56		Leucodistrofia metacromática?	
57		Doença de Niemann-Pick?	
58		Doença de Sandhoff e Tay Sachs?	
59		Informar outras doenças não previstas acima	

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	Data do Evento

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

DECLARO QUE FUI ORIENTADO POR MÉDICO: ( ) DA OPERADORA ( ) PARTICULAR ( ) DECLARO QUE DISPENSEI A ORIENTAÇÃO DE UM MÉDICO	DECLARAÇÃO DO MÉDICO Declaro que prestei as informações necessárias para o Contratante preencher esta Declaração de Saúde. Assinatura / Nome / CRM

Nome legível do beneficiário: _____

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 sore 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.

Local / Data_____,_____de 20_____.

Proponente:_____

Assinatura:_____

TERMO DE CUMPRIMENTO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) POR DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE

Eu _____, proponente a contratação do plano de saúde da Unimed São João Nepomuceno Coop. Trab. Médicos LTDA tenho conhecimento e concordo com a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), aquela que admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) 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 cobertura para procedimentos cirúrgicos, relacionada à doença ou lesão preexistente**.

Os procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença e Lesão Preexistente informadas na declaração de saúde do qual declaro expressamente ciência de que **não haverá cobertura** pelo plano de saúde durante o período do cumprimento da CPT.

Descrição da doença ou lesão alegada para o qual irei cumprir Cobertura Parcial Temporária_____
_____
_____
com a respectiva Classificação Internacional de Doenças(CID)_____
_____
_____
no período de 730 dias após data de adesão contratual.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, disponível na página institucional da referida Agência Reguladora na internet, qual seja, www.gov.br/ans, conforme art. 6º, § 4º da Resolução Normativa – RN de nº 558, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de 14 de dezembro de 2022.

_____, ____de _____ de _____

_____
Nome / CPF