

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 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, 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

ASSINATURA DO TITULAR

Beneficiário

Local _____ / _____ / _____
Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário

Local _____ / _____ / _____
Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

**RESPONDER S
OU N
REFERENTE AO
TITULAR**

**RESPONDER S OU
N PARA O
DEPENDENTE 1...**

...E ASSIM SUCESSIVAMENTE

Responda as questões abaixo, assinando com (S) para respostas afirmativas e (N) negativas.

Item	Subitem	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
		Sofre(u) de alguma doença infecciosa ou parasitária como:	S	N		
	a	Tuberculose?	N	N		
	b	Hepatite?	N	N		
	c	AIDS?	N	N		
	d	Meningite?	N	S		
	e	Hanseníase?	N	N		
	f	Outros?(Especifique)	N	N		
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?				
	i	Linfoma?				
	j	Leucemia?				
	k	Outras localizações? Especifique.				
3		Sofre(u) de neoplasias benignas?				
	a	Útero (mioma)? (Mulher).				
	b	Pele (nevus)?				
	c	Outros? Especifique.				
4		Sofre(u) de doenças do sangue (anemia, púrpura, outros)? Especifique.				
		Sofre(u) de doenças endócrinas?				
	a	Diabetes?				
	b	Tireóide?				
	c	Emagrecimento acentuado?				
	d	Outras? (Especifique).				
6		Sofre(u) de transtornos psiquiátricos ou mentais? Especifique.				
7		Apresenta algum tipo de dependência química?				
	a	Álcool				
	b	Fumo?				
	c	Drogas?				
		Sofre(u) de doenças do sistema nervoso?				
	a	Parkinson?				
	b	Alzheimer?				
	c	Epilepsia?				
	d	Paralisia Cerebral?				
	e	Outros? Especifique.				
9		Sofre(u) de doenças dos olhos e anexos?				
	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		Sofre(u) de doenças do ouvido?				
	a	Labirintite?				
	b	Perda de audição?				
	c	Outros? Especifique.				
11		Sofre(u) de doenças do aparelho circulatório?				
	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		Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório?					
	a	Rinite?					
	b	Sinusite?					
	c	Bronquite?					
	d	Asma?					
	e	Pneumonia?					
	f	Enfisema?					
	g	Desvio de septo nasal?					
	h	Outros? Especifique.					
13		Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo?					
	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		Sofre(u) de doenças da pele? Especifique o local					
	a	Verrugas?					
	b	"Pintas"?					
	c	Quelóide?					
	d	"Caroços"?					
	e	Xantelasma?					
	f	Cistos?					
	g	Calos?					
	h	Outros? Especifique					
15		Sofre(u) de doenças osteomuscular?					
	a	Artrite?					
	b	Artrose?					
	c	Osteoporose?					
	d	Reumatismo?					
	e	Escoliose?					
	f	Hérnia de Disco?					
	g	Osteomielite?					
	h	Outros? (Especifique)					
16		Sofre(u) de doenças do aparelho genito urinário?					
	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		Sofre(u) de traumatismos e/ou fraturas? (Especifique)					
18		Sofre(u) de mal formações congênicas (doenças de nascença)? Especifique					
19		Sofre de seqüelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique					
20		Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique					

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
1	a	tuberculose	Titular	agosto/1990
1	d	Meningite	Dependente 1	janeiro/2001

**PARA AS RESPOSTAS POSITIVAS
NA ENTREVISTA ACIMA,
ESPECIFICAR**

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><input type="checkbox"/> DA OPERADORA</p> <p><input type="checkbox"/> PARTICULAR</p>	<p style="text-align: center;">DECLARAÇÃO DO MÉDICO</p> <p>Declaro que prestei as informações necessárias para o Contratante preencher esta Declaração de Saúde.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">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, bem como a não prestação de informações necessárias para a rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos de indenização, bem como a não prestação de informações adicionais que vier a ser solicitada, bem como autorizo medicamente a UNIMED as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde, bem como a não indenização de meus dependentes, ou seus cooperados, de qualquer responsabilidade que implique em indenização de qualquer natureza.

**PREENCHER TITULAR E DEPENDENTES
SEGUINDO A ORDEM DAS RESPOSTAS NA
ENTREVISTA**

Titular: _____

Dependente 01: _____

Dependente 02: _____

Dependente 03: _____

Dependente 04: _____

Dependente 05: _____

_____, _____ de 20____.

Nome do Proponente: _____

Assinatura: _____ **ASSINATURA DO TITULAR**