

Nome da Empresa: SINBRAFRS

Nome do Titular.....

Data de Nasc...../...../..... Data da Admissão .....

CPF .....PIS .....Estado Civil .....

Fone (    ).....Celular (    ).....

E-mail.....Cartão SUS.....

Nome da Mãe.....Tipo de Plano.....

Endereço.....

Bairro.....Cidade.....Estado.....CEP.....

**Benef. / Dependente**.....

Nasc...../...../..... Sexo  M  F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

**Benef. / Dependente**.....

Nasc...../...../..... Sexo  M  F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

**Benef. / Dependente**.....

Nasc...../...../..... Sexo  M  F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

**Benef. / Dependente**.....

Nasc...../...../..... Sexo  M  F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

**Benef. / Dependente**.....

Nasc...../...../..... Sexo  M  F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

Declaro sob pena da Lei que o titular é funcionário / associado / cooperado da contratante podendo a qualquer momento comprovar essa condição, conforme as regras do Art. 5º e 9º da RN 195 sob pena de rescisão contratual. **Atenção:** é obrigatório o preenchimento de todos os campos.

Data...../...../.....

Assinatura do Representante da Empresa

**ANEXO**  
**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

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

Nome: \_\_\_\_\_

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Informações Importantes: Leia com muita atenção as perguntas que seguem, respondendo-as de próprio punho, de forma clara e precisa. O correto preenchimento deste documento, especialmente em relação a(às) doença(s) e lesão(ões) preexistente(s), é a sua garantia de cobertura contratual. Ao preencher a Declaração de Saúde e assiná-la, o beneficiário assume a responsabilidade pelas informações aqui prestadas, sujeitando-se ao disposto no artigo 422 do Código Civil Brasileiro.

**ATENÇÃO: você precisará preencher uma DECLARAÇÃO DE SAÚDE para cada beneficiário**

Nome ..... Contrato nº .....

**Responda «SIM» ou «NÃO» para cada item.**

**No caso de resposta «SIM» especifique no Quadro Descritivo do verso.**

**Você teve ou tem:**

1. Doenças do Sistema Respiratório: (asma, bronquite, enfisema, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, hipertrofia amígdalas, sinusite, outras).  SIM  NÃO

---

2. Doenças do Sistema Cardiovascular: (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, trombozes, tromboflebitas, flebitas, outras).  SIM  NÃO

---

3. Doenças do Sistema Osteomuscular: (osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, tenossinovites, lombociatalgia, hérnia de disco, desvios de coluna (como escoliose, lordose, cifose, outros).  SIM  NÃO

---

4. Doenças do Sistema Imunológico: (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite auto imune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras).  SIM  NÃO

---

5. Doenças do Sistema Digestivo: (hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia incisional, gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, outras).  SIM  NÃO

---

6. Doenças em Boca: (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras).  SIM  NÃO

---

7. Doenças em Órgãos Genitais: (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros).  SIM  NÃO

---

8. Doença em Mamas: (nódulos, cistos, tumorações, outros).  SIM  NÃO

---

9. Doença Sistema Urinário: (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros).  SIM  NÃO

---

10. Doenças do Sistema Neurológico: (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, seqüela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras).  SIM  NÃO

---

11. Doenças do Sistema Endócrino: (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras).  SIM  NÃO

---

12. Doenças Infecto Contagiosas: (toxoplasmose congênita, rubéola congênita, zika, dengue, chicungunha, malária, tuberculose, AIDS/HIV – inclui portador, sífilis, outras doenças sexualmente transmissíveis e outras).  SIM  NÃO

---

13. Doenças Psiquiátricas: ( Depressão, pânico, psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso de drogas, e outras).  SIM  NÃO

---

14. Doenças Cancerosas: (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).  SIM  NÃO

---

15. Doenças Hematológicas: (Anemias, hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).  SIM  NÃO

---

16. Doenças de Pele e Alérgicas: Pele: (nevus, hemangiomas, sinais, nódulos, cistos, outros). Alérgicas: (urticária, outros). Sofre de hiperidrose: (excesso de suor nas mãos, pés axilas, face, dorso e outras).  SIM  NÃO

---

17. Doenças Congênitas: (síndromes genéticas como de Down, e outras - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). Má formações: (face, membros, cardíacas, renais, e outras).  SIM  NÃO

18. Doenças do Ouvido: (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).  SIM  NÃO

19. Doenças dos Olhos: (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras).  SIM  NÃO

Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença:

Olho Direito:  Olho Esquerdo:

20. Faz Uso de Prótese, Órtese: (pinos, parafusos, placas, fios, silicone e outros).  SIM  NÃO

21. A Indicação foi Estética?  SIM  NÃO

22. Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração?  SIM  NÃO

Caso positivo, especifique, por favor:.....

.....Peso  Altura

### QUADRO DESCRITIVO

Proponente	Item	Data do Evento	Esclarecimentos

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente de que a omissão de informações sobre a doença e/ou lesão preexistente poderá acarretar a abertura de processo administrativo junto à ANS, bem como a rescisão contratual e a responsabilização do beneficiário nos termos do art. 13 da lei nº 9.656/98.

Estou ciente que **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de 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 declarações preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. Assim, quanto às doenças ou lesões preexistentes declaradas, opto por:

Cobertura Parcial Temporária

Informe se o preenchimento desta Declaração de Saúde contou com a presença de médico orientador:

Sim, médico da Porto Alegre Clínicas  Sim, médico particular da minha escolha  Não

Beneficiário / Representante legal.....

CPF.....Contrato.....

Local.....Data...../...../.....

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO / REPRES. LEGAL

Médico.....

CRM.....Carimbo.....

Apresentei as orientações necessárias para o Beneficiário preencher esta Declaração de Saúde. ....

ASSINATURA DO MÉDICO