

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 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: _____

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

NESTE ATO, A OPERADORA PREMIUM SAÚDE OFERECE ORIENTAÇÃO MÉDICA PARA PREENCHIMENTO DA PRESENTE DECLARAÇÃO DE SAÚDE, OPTANDO O TITULAR:

- ☐ POR ACEITAR O AUXÍLIO DO PROFISSIONAL MÉDICO PARA ORIENTAÇÃO ACERCA DO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- ☐ POR DISPENSAR O AUXÍLIO DO PROFISSIONAL MÉDICO PARA ORIENTAÇÃO ACERCA DO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

QUESTIONÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O preenchimento do formulário deverá ser feito pelo Proponente de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio do médico orientador. Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, utilizando S (sim) ou N (não).

ITEM	SABE SER PORTADOR DE:	TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5
1	É portador(a) ou já apresentou alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica), anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra?						
2	É portador(a) ou já apresentou algum distúrbio do sono, como apneia do sono ou ronco?						
3	É portador(a) ou já apresentou alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?						
4	É portador(a) ou já apresentou alguma colagenose como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculite ou outras?						
5	É portador(a) ou já apresentou Diabetes Mellitus? Tipo I ou Tipo II?						
6	É portador(a) ou já apresentou alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide, amígdalas ou outra?						
7	É portador(a) ou já apresentou alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea)?						
8	É portador(a) ou já apresentou alguma doença das artérias e dos capilares? É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra?						
9	É portador(a) ou já apresentou alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.)?						
10	É portador(a) ou já apresentou alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, cálculo de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofogite, diverticulose ou outra?						
11	É portador(a) ou já apresentou alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?						
12	É portador(a) ou já apresentou alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, sequela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outras?						
13	É portador(a) ou já apresentou alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?						
14	É portador(a) ou já apresentou alguma doença dos ossos, como osteoporose, sequela de fraturas ou outras?						
15	É portador(a) ou já apresentou tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?						
16	É portador(a) ou já apresentou hipertensão arterial ou, no caso de gestante, de doença hipertensiva específica da gravidez?						
17	É portador(a) ou já apresentou alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local.						
18	É portador(a) ou já apresentou alguma deficiência física, como má-formação congênita ou anomalias cromossômicas?						
19	É portador(a) ou já apresentou algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico.						
20	É portador(a) ou já apresentou obesidade?						
21	É portador(a) ou já apresentou alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?						
22	É portador(a) ou já apresentou vírus HIV (vírus da AIDS)?						
23	É portador(a) ou já apresentou alguma doença das glândulas endócrinas, como hipotireoidismo, hipertireoidismo, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândula e doença.						
24	É portador(a) ou já apresentou alguma doença mental? Está em tratamento com psiquiatra ou psicólogo?						
25	Já realizou algum tipo de cirurgia? Qual?						
26	Você já engravidou? Está em período gestacional? Se sim, quantas semanas?						
27	Possui alguma deficiência, ou doenças oftalmológicas como miopia, astigmatismo, glaucoma ou outra?						

QUADRO DE PESO E ALTURA

	TITULAR	DEPENDENTE 1	DEPENDENTE 2	DEPENDENTE 3	DEPENDENTE 4	DEPENDENTE 5
Peso (kg)						
Altura (m)						

Local e data

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável

CRM e assinatura sob carimbo médico



Contrato de Plano e Assistência Médico

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

QUADRO DESCRITIVO

Caso um ou mais participantes apresentem uma ou mais situações assinaladas positivamente (com “S”- sim), especifique as considerações que julgar pertinentes no quadro descritivo abaixo:

[illegible]

☐ Optei por não utilizar o auxílio do Médico Orientador para o preenchimento desta Declaração de Saúde.

Médico Orientador (somente para a opção 2 ou 3 da entrevista qualificada).
Declaro que prestei as orientações necessárias para o Proponente preencher de próprio punho essa declaração.

Local e data

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável

CRM e assinatura sob carimbo médico