

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, endoscopia 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.

Rubrica

Beneficiário 1 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 2 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 3 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 4 ou Representante Legal: _____

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 1 ou Representante Legal

Nome: _____ CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|
Assinatura: _____, ____/____/____
Nome legível, assinatura e CPF Local Data

Beneficiário 2 ou Representante Legal

Nome: _____ CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|
Assinatura: _____, ____/____/____
Nome legível, assinatura e CPF Local Data

Beneficiário 3 ou Representante Legal

Nome: _____ CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|
Assinatura: _____, ____/____/____
Nome legível, assinatura e CPF Local Data

Beneficiário 4 ou Representante Legal

Nome: _____ CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|
Assinatura: _____, ____/____/____
Nome legível, assinatura e CPF Local Data

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

Nome: _____ CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|
Assinatura: _____, ____/____/____
Nome legível, assinatura e CPF Local Data



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96

DECLARAÇÃO DE SAÚDE
(Conforme Resolução Normativa nº162/2007 da ANS)

Informações sobre doenças ou lesões PREEXISTENTES conhecidas:

Nome Contratante / Representante Legal _____

Endereço: _____ Profissão: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PROMITENTES BENEFICIÁRIOS

Beneficiário 1: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- () ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;
- () optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou
- () dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

Beneficiário 2: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- () ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;
- () optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou
- () dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

Beneficiário 3: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- () ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;
- () optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou
- () dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

Beneficiário 4: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- () ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;
- () optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou
- () dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Indicar **SIM** ou **NÃO** nos campos correspondentes a cada promitente beneficiário, identificado de **1 a 4**, relativo as doenças ou lesões preexistentes à contratação mencionadas abaixo:

CARDIOVASCULAR	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Infarto								
Arritmias								
Trombose *								
Flebite								
PULMONAR	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Bronquite, asma								
Tumores *								

Rubrica

Beneficiário 1 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 2 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 3 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 4 ou Representante Legal: _____

URINÁRIO	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Cálculos								
Insuficiência renal (diálises)								
Próstata								
Tumores *								
GINECOLÓGICO	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Tumor de mama								
Tumor de útero, ovário								
Incontinência urinária								
DIGESTIVO, ABDOMINAL	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Úlcera de estômago, duodeno								
Cálculos biliares								
Hérnias *								
Tumores *								
GLÂNDULAS	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Diabete								
Tireóide								
Obesidade								
SANGUE	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Anemias								
Leucemias								
OLHOS	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Catarata								
Glaucoma								
Miopia, astigmatismo *								
Ceratocone								
ORTOPEDIA	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Desvios na coluna								
Hérnia de disco								
Defeitos após cirurgia ou traumatismos								
Tumores ósseos *								
SISTEMA NERVOSO	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Epilepsia								
Traumatismo craniano								
Derrame cerebral								
Paralisias *								
Tumores								
OUTROS	TRATAMENTO				CIRURGIA			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Doenças ou tumores da pele *								
Reumatismo								
Doenças adquiridas: HIV (aids),HPV(papiloma genital)*								
Doenças congênitas *								
Dependência de drogas								
Obesidade mórbida								

Peso e Altura	1	2	3	4
Peso aproximado (Kg)				
Altura aproximada (m)				

Rubrica

Beneficiário 1 ou Representante Legal: _____
Beneficiário 2 ou Representante Legal: _____
Beneficiário 3 ou Representante Legal: _____
Beneficiário 4 ou Representante Legal: _____

Em caso afirmativo referente as doenças ou lesões com asterisco *, informar tipo, localização e tratamento realizado.
 Espaço reservado para especificar: se 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, bem como comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar.

Beneficiário	Descrição
1	
2	
3	
4	

Rubrica

Beneficiário 1 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 2 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 3 ou Representante Legal: _____

Beneficiário 4 ou Representante Legal: _____

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, fica desde já o beneficiário notificado que estará submetido ao cumprimento de **Cobertura Parcial Temporária** que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 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 procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravo – 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.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o promitente contratante e seus familiares saibam ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o promitente contratante será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

O contratante e os beneficiários declaram para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei, que estão no exercício normal de suas funções físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento desta declaração, com relação aos seus estados de saúde, que prestaram informações completas e verdadeiras. De outra parte, estamos cientes e de pleno acordo que a presente declaração de saúde passará a integrar o contrato de assistência à saúde, caso este seja firmado, ficando a Promitente Contratada autorizada a confirmar as informações prestadas, em qualquer tempo e lugar, sem que tanto implique em ofensa ao sigilo profissional ou a nossa intimidade.

O contratante e os beneficiários que assinam a presente declaração de saúde anuem expressamente que sejam compartilhadas as informações desta declaração com os demais firmatários do presente documento.

Beneficiário 1 ou Representante Legal		
Nome: _____	CPF: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _	
Assinatura: _____	_____, ____/____/____	
Nome legível, assinatura e CPF	Local	Data

Beneficiário 2 ou Representante Legal		
Nome: _____	CPF: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _	
Assinatura: _____	_____, ____/____/____	
Nome legível, assinatura e CPF	Local	Data

Beneficiário 3 ou Representante Legal		
Nome: _____	CPF: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _	
Assinatura: _____	_____, ____/____/____	
Nome legível, assinatura e CPF	Local	Data

Beneficiário 4 ou Representante Legal		
Nome: _____	CPF: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _	
Assinatura: _____	_____, ____/____/____	
Nome legível, assinatura e CPF	Local	Data