

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 tecnológica (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.

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-los pelos procedimentos referentes à 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: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local _____, ____/____/____
Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Hapvida Assistência Médica LTDA • Av Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98.

01/02

OFERTA DE CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

- 1- A declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente beneficiário tenha conhecimento no momento da assinatura do Contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Deverá, portanto, marcar (sim ou não) de próprio punho, na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofre ou sofreu de alguma delas, bem como outras não apontadas.
- 2- No preenchimento desta declaração de saúde, o proponente beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela contratada ou por um de sua confiança, sendo que, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 3- Declarando o proponente beneficiário, para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferecer-lhe-á a contratada, neste momento, CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, por um período de, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses.
- 4- Não poderá haver suspensão do atendimento e do Contrato do proponente beneficiário para doenças ou lesões preexistentes por este não declaradas, até que a contratada apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente beneficiário omitiu a declaração de doença ou lesão preexistente no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 5- A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofridor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do Contrato. Nesse caso, o proponente beneficiário será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Contratada, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM S (SIM) OU N (NÃO)

| ITENS | TITULAR | 1º DEP. | 2º DEP. | 3º DEP. | 4º DEP. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| 01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras | | | | | |
| 02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras. | | | | | |
| 03. Neurológicas: convulsões, enxaquecas, parkinson, paralisia e outras. | | | | | |
| 04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras. | | | | | |
| 05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca e outras. | | | | | |
| 06. Endocrinológicas: diabetes, tireóides, ovário, obesidade e outras. | | | | | |
| 07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras. | | | | | |
| 08. Gêrito-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras. | | | | | |
| 09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, amígdalas, audição e outras. | | | | | |
| 10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras. | | | | | |
| 11. Ginecológicas e Mamárias: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras. | | | | | |
| 12. Câncer ou Tumor: qualquer tipo. | | | | | |
| 13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras. | | | | | |
| 14. Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras. | | | | | |
| 15. Congênitas: cardíacas, neurológica, ortopédicas, deformidades e outras. | | | | | |
| 16. Infecto-contagiosas: AIDS, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras. | | | | | |
| 17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras. | | | | | |
| 18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras. | | | | | |
| 19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras. | | | | | |
| 20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras. | | | | | |
| 21. Doenças do sono: distúrbio do sono. | | | | | |
| 22. Outras doenças não citadas acima. | | | | | |
| 23. Altura. | | | | | |
| 24. Peso | | | | | |

Hapvida Assistência Médica LTDA • Av Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98.

02/02

Se a resposta a algum item acima for SIM para qualquer um dos proponentes, responder especificando o item, o código e o nome do(s) beneficiário(s) do(s) proponente(s), no quadro complementar abaixo, com seus devidos esclarecimentos.

| Item | Código | Nome de beneficiário | Esclarecimentos |
|------|--------|----------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Havendo declaração ou identificação da doença ou lesão preexistente o proponente cumprirá a CPT, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas ou identificadas. A suspensão da cobertura será por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data de adesão ao plano.

OFERTA DE CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

1. Eu, proponente beneficiário, para preenchimento desta Declaração de Saúde:

- ☐ Dispensei o acompanhamento do “médico orientador”;
- ☐ Solicitei o acompanhamento do “médico orientador” oferecido pela operadora;
- ☐ Solicitei o acompanhamento de um médico da minha confiança, sendo que nesse caso as despesas com honorários médicos serão de minha responsabilidade.

Nome do médico: _____ CRM nº: _____

Assinatura do médico: _____

2. Declaro que preenchi de próprio punho esta declaração e assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e a dos meus dependentes.

3. Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o proponente beneficiário entenda ser importante registrar:

4. Declaro que estou ciente e de acordo, por mim e por meus dependentes, com o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária-CPT para os procedimentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes acima declaradas, por um período de 24 meses, contados da presente adesão ao plano.

5. Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações à Hapvida sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional

_____, ____/____/____
Local Data

Proponente titular ou responsável (quando menor)