



## 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.



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

Nome do beneficiário	CPF	Peso (kg)	Altura (m)
Titular:			
Dep. 01:			
Dep. 02:			
Dep. 03:			
Dep. 04:			

### O preenchimento conta com a presença de médico orientador?

Não, dispenso médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas na Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

Sim, serei orientado no preenchimento da Declaração de Saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;

Sim, serei orientado no preenchimento da Declaração de Saúde, por médico de minha livre escolha, assumindo o ônus financeiro desta opção;

Nome do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, responda SIM ou NÃO por extenso os questionamentos abaixo:

INFORME SE É PORTADOR OU SE JA SOFREU DE	RESPONDA ESCRREVENDO "SIM" OU "NÃO"				
	TITULAR	DEP.01	DEP.02	DEP.03	DEP.04
<b>1 - Doenças do sistema respiratório</b> (exemplos: asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite e outros).					
<b>2 - Doenças do sistema cardiovascular</b> (exemplos: pressão alta, angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, taquicardia, bradicardia, fibrilação atrial, estenose, aneurisma, trombose venosa profunda, embolia, varizes, insuficiência venosa crônica, aneurisma, dissecação, hipertensão pulmonar, má formação congênita, outros).					
<b>3 - Doenças do sistema Osteomuscular</b> (exemplos hernia de disco, osteoporose, lesão de menisco, lesão de ligamento cruzado, bursite, artrite, artrose, gota, escoliose, lordose, tendinite, fibromialgia, espondilose, outros).					
<b>4 - Doenças do sistema Digestivo</b> (exemplos: refluxo gastresofágico, azia, gastrite, úlcera péptica, hepatites A,B,C, pancreatite, hernia de hiato, hernia umbilical, hernia inguinal, hemorroidas, diverticulite, Cohn, colite, doença celíaca, outros).					
<b>5 - Doenças do sistema Genito Urinário</b> (exemplos cálculos renais, insuficiência renal, hiperplasia da próstata, prostatite, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, cistite, pielonefrite, outros).					

Rubrica: \_\_\_\_\_

INFORME SE É PORTADOR OU SE JA SOFREU DE	RESPONDA ESCRREVENDO “SIM” OU “NÃO”				
	TITULAR	DEP.01	DEP.02	DEP.03	DEP.04
<b>6 - Doenças do sistema Neurológico</b> (exemplos mal de Parkinson, Alzheimer, AVC, paralisia cerebral, apneia do sono, epilepsia, esclerose múltipla, enxaqueca, neuropatia periférica, ELA, outros).					
<b>7 - Doenças do sistema Endócrino</b> (exemplos diabetes tipo 1 e 2, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, síndrome dos ovários policísticos, distúrbio do crescimento, outros).					
<b>8 - Doenças infecto contagiosa</b> (exemplos: HIV/AIDS, malária, tuberculose, DST, outros).					
<b>9 - Doenças psiquiátricas</b> (exemplos: depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, TOC, transtorno de personalidade, pânico, TEA. dependência química (álcool e drogas), insônia, outras).					
<b>10 - Doenças Neoplásicas/Câncer</b> (exemplos: mama, próstata, pulmão, colón, reto, melanoma, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, leucemia, linfoma de Hodgkin e não Hodgkin, fígado, pâncreas, ovário, estomago, tireoide, bexiga, rim. cérebro, colo do útero, sarcoma outros).					
<b>11 - Doenças Hematológicas</b> (exemplos: anemia, talassemia, hemofilia, trombocitopenia, leucemia, mieloma, hemocromatose, outros).					
<b>12 - Doenças de pele e alergias</b> (exemplos: lipoma, cisto sebáceo, pintas, hemangiomas, dermatite atópica, dermatite de contato, psoríase, excesso de suor, vitiligo, impetigo, outros).					
<b>13 - Doenças Congênitas</b> (exemplos: síndrome de Down, Anomalias craniofaciais, agenesia renal, hipoplasia renal, pé torno congênito, lábio leporino, fenda palatina, outros).					
<b>14 - Doenças do Ouvido</b> (exemplos: perda auditiva, otite, labirintite, perfuração do tímpano, outros).					
<b>15 - Doenças dos olhos</b> (exemplos: miopia, astigmatismo, catarata, glaucoma, ceratocone, estrabismo, pterígio, síndrome do olho seco, outros).					
<b>16 - Faz uso de prótese, órtese</b> (exemplos: aparelho auditivo, prótese de olho, implante mamário, prótese de quadril, prótese de joelho, óculos de correção visual, outros).					
<b>17 - Outras doenças não citadas acima.</b>					

