

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.

Rubrica: _____

Fl. 01/05

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 titular: Local Data Nome: Assinatura	Intermediário entre a operadora e o beneficiário. Local Data Nome: CPF: Assinatura
--	--

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 já sofreu de:	Responda escrevendo sim ou não				
	Titular	Dep. 01	Dep. 02	Dep. 03	Dep. 04
1. Doenças do sistema respiratório (exemplos: asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite e outros).					
2. Doenças do sistema cardiovascular (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).					
3. Doenças do sistema Osteomuscular (exemplos: hernia de disco, osteoporose, lesão de menisco, lesão de ligamento cruzado, bursite, artrite, artrose, gota, escoliose, lordose, tendinite, fibromialgia, espondilose, outros).					
4. Doenças do sistema Digestivo (exemplos: refluxo gastroesofágico, azia, gastrite, úlcera péptica, hepatites A,B,C, pancreatite, hernia de hiato, hernia umbilical, hernia inguinal, hemorroidas, diverticulite, Cohn, colite, doença celíaca, outros).					
5. Doenças do sistema Genito Urinário (exemplos: cálculos renais, insuficiência renal, hiperplasia da próstata, prostatite, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, cistite, pielonefrite, outros).					

Rubrica: _____

Fl. 03/05

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

Em caso afirmativo referente as doenças ou lesões informadas na Declaração de Saúde, especifique o item correspondente a patologia, para esclarecimentos 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.

Titular ou dependente	Nº item	Esclarecimentos

DECLARO que recebi, li e entendi o que consta na CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO.

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente para o beneficiário titular e/ou dependentes, fica desde já o contratante 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.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o contratante e seus dependentes saibam ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato por fraude. Nesse caso, o 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 dependentes 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 Operadora autorizada a confirmar as informações prestadas, em qualquer tempo e lugar, inclusive utilizá-la no amparo e na defesa de seus direitos, 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.

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do Beneficiário Titular