

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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

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 da Empresa Contratante

Nome do Beneficiário Titular

CPF do Titular

Nome do 1º Dependente

Nome do 2º Dependente

Nome do 3º Dependente

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTES. DEVERÁ SER PREENCHIDA
OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR.PREENCHER COM
"S" = SIM OU
"N" = NÃO

TITULAR

DEPENDENTES

1º 2º 3º

1	Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra?			
2	Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide ou outra?			
3	É portador de obesidade? (Responda mediante preenchimento e avaliação do quadro de Unidade de Medida no final desta página)			
4	Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?			
5	Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?			
6	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra?			
7	Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?			
8	Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra?			
9	Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra?			
10	Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra?			
11	Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra?			
12	Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra?			
13	Sofre de algum tipo de câncer?			
14	Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?			
15	Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?			
16	É portador do vírus da AIDS?			
17	Possui qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?			
18	Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?			
19	Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?			
20	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?			
21	Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?			
22	Está em tratamento médico?			
23	Tem alguma doença não relacionada acima?			

UNIDADE DE MEDIDA	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE
Peso (Kg)				
Altura (m)				

Atenção: O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas (kg) pela altura² em metros.**Exemplo:** $IMC = PESO / (ALTURA \times ALTURA)$.

IMC de 30,0 a 34,9 = Obesidade Grau I

IMC de 35,0 a 39,9 = Obesidade Grau II

IMC acima de 40,0 = Obesidade Mórbida

Rubrica

