

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 **Agravo**, 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.

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: _____	

DADOS DO TITULAR

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____

DEPENDENTES

1. Nome: _____ Grau de parentesco: _____

2. Nome: _____ Grau de parentesco: _____

3. Nome: _____ Grau de parentesco: _____

4. Nome: _____ Grau de parentesco: _____

5. Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Declaro que o representante da AFEAM SAÚDE ofereceu-me todas as informações a respeito do regulamento, não havendo de minha parte, dúvidas sobre quaisquer de suas cláusulas. Declaro também que assumo inteira responsabilidade pelas respostas abaixo sob pena de imputação de fraude, e que a AFEAM SAÚDE colocou a minha disposição à escolha de profissionais médicos para entrevista.

Informações obrigatórias, por força da Resolução ANS/RN n.º 162/07:

1 – Cobertura Parcial Temporária (CPT) – 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 à doenças ou lesão preexistente declarados pelo beneficiário ou seu representante legal.

2 – Agravo – qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

3 – No preenchimento da presente declaração, o consumidor possui a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou optar por um profissional de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

4 – A declaração de saúde possui por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

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

ACEITO A AJUDA DO PROFISSIONAL MÉDICO PARA ORIENTAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

DISPENSO A AJUDA DO PROFISSIONAL MÉDICO PARA ORIENTAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE DADOS DO PROFISSIONAL.

DADOS DO PROFISSIONAL MÉDICO (preencher de próprio punho)	
Nome: _____	CRM: _____
Assinatura: _____	Data: ____/____/____

Assinatura do Titular: _____ Data: ____/____/____

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS AO TITULAR E SEUS DEPENDENTES.		TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5
1	É portador (a) de doenças do aparelho cardiocirculatório, veias e artérias? (pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formações congênitas, arritmias entre outras, inclusive congênitas, varizes, flebites)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
2	É portador (a) de doenças endócrinas ou metabólicas? (diabetes, tireoide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
3	É portador (a) de problemas pulmonares? (asma, bronquite, enfisema, insuficiência respiratória, inclusive congênitas entre outras)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
4	É portador (a) de doenças do aparelho digestivo? (Fígado: hepatite, cirrose – Estômago: gastrite, úlcera, hérnia – Intestino preso, diarreias frequentes, hemorroidas, - esôfago, pedra na vesícula biliar, pâncreas, doenças congênitas entre outras)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO

5	É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos? (próstata, testículo, pênis) – impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita.	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
6	É portadora de doenças ginecológicas e das mamas? (períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterilidade, doenças congênitas entre outras)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
7	É portador (a) de problemas urinários renais ou da bexiga? (cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas entre outras.	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
8	É portador (a) de doenças infectocontagiosas? (relacionadas ao vírus HIV, lepra, tuberculose, entre outras)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
9	É portador (a) de alguma doença do sangue? (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
10	É portador (a) de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta? (diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes, problemas de adenoide, tumor, desvio de septo, sinusite, amigdalite crônica entre outras, inclusive congênitas.)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
11	É portador (a) de doenças oftalmológicas? (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações de retina, entre outros)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
12	É portador (a) de doenças ou más formações (defeitos) congênitas ou hereditárias (familiares)?	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM

		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
13	É portador (a) de doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)?	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
14	É portador (a) de alguma doença neurológica? (derrame cerebral, epilepsia, convulsões, desmaios, aneurisma cerebral, dores de cabeça frequentes, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, deficiência mental ou motora (movimentação dos membros), entre outras inclusive congênitas)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
15	Sofre de algum transtorno psiquiátrico? (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outros)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
16	É portador (a) de alguma dependência química? (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
17	É portador de alguma doença da pele? (psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes entre outras, inclusive congênita)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
18	É portador (a) de problemas ortopédicos ou doenças reumáticas? (artrose, artrite, hérnia de disco, fraturas que deixaram sequelas, osteoporose, escoliose, lombalgia, desvios da coluna entre outras inclusive congênitas)	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
19	Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especificar	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO

20	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
21	Realiza ou realizou Quimioterapia, Braquioterapia ou Radioterapia? Especificar	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
22	Possui marca-passo ou outra prótese interna? (pinos, placas, parafusos).Especificar	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
23	Já foi submetido (a) a alguma cirurgia que deixou sequelas? Especificar	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
24	É portador (a) de Obesidade Mórbida? Especificar seu peso e altura	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
25	É portador (a) de alguma doença ou foi submetido (a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? Especificar	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
		() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO

TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
PESO:	PESO:	PESO:	PESO:	PESO:	PESO:
ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:

Em caso de respostas positivas nas páginas anteriores, descreva nos espaços abaixo a doença, informando o número do item e relacionando ao titular ou dependente a quem se refere.

ITEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5

ITEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5

ITEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5

ITEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5

ITEM	TEMPO DE DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5

RESTRIÇÕES: (1) Cirúrgico (2) Uso de leito de Alta Tecnologia (3) Procedimento de Alta Complexidade

RESTRICÇÃO	ITEM	BENEFICIÁRIO	DESCRIÇÃO	MESES	CID-10

Local e Data

_____ / ____ / _____

Assinatura e carimbo do médico responsável
