

ANEXO
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 Agravio, 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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local

Data

Local

Data

Nome: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Dispõe a legislação dos Planos de Saúde que:

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 às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
2. Agravo como 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. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista;
4. Nos planos de assistência à saúde, fica o consumidor obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98;
5. A operadora poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência da doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

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

Preencher sem rasuras, de forma legível e de próprio punho, pelo proponente ou titular responsável.

- Individual ou Familiar _____ Telefone: _____ Inclusão de Dependentes
- Coletivo Empresarial / Adesão – Empresa: _____ Telefone: _____

Nome completo do Proponente Titular (T)	Data de Nascimento	Altura	Peso
Nome completo do Proponente Dependente 1 (D1)	/ /		
Nome completo do Proponente Dependente 2 (D2)	/ /		
Nome completo do Proponente Dependente 3 (D3)	/ /		
Nome completo do Proponente Dependente 4 (D4)	/ /		
Nome completo do Proponente Dependente 5 (D5)	/ /		

Assinatura do Proponente/Titular

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE DE PRÓPRIO PUNHO.

Assinalar com S (sim) ou N (não) as respostas às seguintes questões		T	D1	D2	D3	D4	D5
1	Nasceu com alguma doença ou malformação?						
2	Está afastado do trabalho por doença?						
3	Está realizando algum tratamento (médico, fisioterápico, psicológico, nutricional, etc.)?						
4	Tem doença dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata ou outra)?						
5	Tem doença de ouvido, nariz ou garganta (surdez, desvio de septo ou outra)?						
6	É portador de algum problema dos ossos, articulações ou coluna (hérnia de disco, osteoporose, lombalgia ou outro)?						
7	Tem alguma doença do coração, pressão alta, sopro, arritmia, infarto ou outra?						
8	Tem alguma prótese ou órtese (placa, parafuso, stent, válvula, marca-passo, prótese mamária ou outra)?						
9	Já teve ou tem algum problema de estômago, intestino, pâncreas, fígado ou vesícula?						
10	Tem algum problema circulatório (varizes em membros inferiores, varizes de esôfago, aneurisma, hemorroidas ou outro)?						
11	Tem doença respiratória (asma, enfisema pulmonar, bronquite ou outra)?						
12	Tem cálculo (pedra) dos rins, insuficiência renal ou outra doença dos rins, bexiga, próstata, uretra?						
13	Tem doença de mama, útero ou ovário (inclusive nódulo de mama, mioma ou outra)?						
14	Você está grávida?						
15	Tem alguma doença neurológica (convulsões, epilepsia, Parkinson ou outra)?						
16	Já teve ou tem algum problema psiquiátrico (depressão, esquizofrenia, pânico ou outra) ou dependência química (álcool ou outras drogas)?						
17	É portador de diabetes ou de alguma doença da tireoide?						
18	Tem alguma doença infectocontagiosa (AIDS – inclusive portador do HIV, Hepatite, Tuberculose, Malária ou outra)?						
19	Tem ou já teve algum tipo de câncer?						
20	Já realizou ou precisa realizar quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou transfusão de sangue?						
21	Já realizou ou deve realizar algum transplante (córnea, rim, medula ou algum outro)?						
22	Realizou alguma cirurgia ou esteve internado em hospital nos últimos 60 dias?						
23	Tem ou já teve outra doença ou lesão que não esteja descrita nos itens anteriores e que possa ter gerado ou não internação?						

DADOS COMPLEMENTARES PREENCHIDOS PARA RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS.

Assinalar com S (sim) ou N (não) as Respostas às seguintes questões		T	D1	D2	D3	D4	D5
1	Nasceu de parto normal?						
2	Teve alguma complicação no pós-parto?						
3	É portador de alguma doença ou lesão congênita (do nascimento) ou hereditária (paralisia cerebral, doença cardíaca, síndrome de Down ou outra)?						
4	Teve alguma doença adquirida intraútero (Toxoplasmose, Rubéola, Sífilis ou outra)?						
5	Realizou alguma cirurgia ou esteve internado em hospital nos últimos 60 dias?						

Assinatura do Proponente/ Titular

Se a resposta a algum item anterior for positiva para qualquer um dos proponentes, é obrigatório esclarecer o motivo, especificando o item, o proponente e a data do evento.

ITENS	PROPONENTE (T/D)	DATA DO EVENTO	ESCLARECIMENTOS

FORMA DE PREENCHIMENTO

- Declaro que fui orientado por médico.
- Dispensar a presença do médico orientador.

.....
Assinatura e Carimbo do Médico

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meus(s) dependente(s), tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer tempo no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. De conformidade com o Artigo 766 e Parágrafo Único do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência.

_____/_____/_____
Data

_____ Local

_____ CPF

_____ Assinatura do Proponente/Titular

PREENCHIMENTO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO AUDITOR

AVALIAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PROPONENTE (T/D)	CID	PATOLOGIA APRESENTADA	PROCEDIMENTOS	TUSS

DEZEMBRO 2013

Estou ciente e concordo com a aplicação da Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doenças e lesões preexistentes declaradas acima, bem como para os procedimentos decorrentes das mesmas, independente do proponente, conforme estabelecido no contrato e na legislação vigente.

Local

Data

Assinatura Médico Auditor

Assinatura do Proponente/Titular

ANS - nº 369373