

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, endoscopia 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: _____
(legível)

CPF: _____

Assinatura: **X** _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome e CPF: _____
(legível)

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME	TIPO DE VÍNCULO <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
------	---

Instruções Gerais

- a) No preenchimento desta declaração, o(a) Sr(a) tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, sendo o ônus financeiro de sua responsabilidade.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.
- c) **Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a Cobertura Parcial Temporária (CPT)** - aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.
- d) Agravo é definido pela ANS como qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de 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 com a operadora. **Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 162/07.**
- e) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS ou Poder Judiciário, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. **Em caso de cancelamento, o(a) Sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada, além das despesas processuais e custos com os advogados da operadora em caso de ação judicial.**
- f) Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado, quando o representante legal do mesmo deve assinar este documento. **Atenção**, nem sempre o representante legal é o próprio titular do plano, e aqui a assinatura do representante legal é a requerida.
- g) **Este documento é baseado na Lei Federal n. 9.656/98 e na Resolução Normativa n. 162/07 da Agência Nacional de Saúde, ambas à disposição do beneficiário no ato de preenchimento deste documento, caso solicitado por este.**

2. ASPECTOS GERAIS

IDADE	PESO	ALTURA	IMC
-------	------	--------	-----

*O Índice de Massa Corporal – IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) ÷ altura² (metros).
Exemplo: $80 \div (1,71 \times 1,71) = \text{IMC } 27,35$.*

3. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.

Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:

3.1	Doenças do Sistema Respiratório (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.2	Doenças do Sistema Cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.3	Doenças do Sistema Osteomuscular (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, gota, lúpus, tenosinovites, escoliose, lordose e outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.4	Doenças do Sistema Digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, macrognatismo, prognatismo e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.5	Doenças do Sistema Genito Urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças da próstata, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.6	Doenças do Sistema Neurológico (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, seqüela de derrame, apneia do sono e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.7	Doenças do Sistema Endócrino (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, desnutrição e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.8	Doenças infecto contagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.9	Doenças psiquiátricas (psicose, depressão e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	

X _____

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

3.10	Doenças cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.11	Doenças hematológicas (anemia, hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.12	Doenças de pele e alérgicas (nevus, hemangiomas, sinais, rinite, urticária, hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto) e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.13	Doenças Congênitas (síndrome de down, má formações) - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros. ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.14	Doenças do ouvido (surdez, otites, labirintite e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.15	Doenças dos olhos (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia e cegueira). Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença: olho direito: _____ olho esquerdo: _____ ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.16	Faz uso de prótese, órtese (pinos, parafusos, placas, fios silicone e outros). A indicação foi estética? ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que o beneficiário entenda importante registrar:

X

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

4. MÉDICO ORIENTADOR

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador*:

- Sim, médico da Unimed;
 Sim, médico particular de minha escolha; ou
 Não.

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR

CRM

DATA

ASSINATURA

**Em caso afirmativo, o MÉDICO deverá registrar de próprio punho, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador.*

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras. Estou ciente que a CONTRATADA poderá solicitar a realização de uma perícia médica, podendo ser ou não acompanhada de exame, para auxiliar na avaliação da declaração de saúde.

Ainda, declaro ter ciência do compromisso da CONTRATADA com a proteção dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis e que a CONTRATADA realiza o tratamento de tais dados de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), e com as disposições da Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.unimedtubarao.com.br.

Na qualidade de responsável pelo menor de idade (criança ou adolescente) ou incapaz, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações listadas neste instrumento e que tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais destes, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, além do Estatuto da Criança e Adolescente.

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

NOME: _____

CPF: _____

5. PERÍCIA MÉDICA

QUADRO CLÍNICO

RESULTADO DE EXAMES

CID 10 E RELAÇÃO DOS CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS

PARECER FINAL

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO PERITO

DATA: ____/____/____.

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica.

DATA: ____/____/____.

X

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU
REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR OU INCAPAZ)

6. PARECER DO MÉDICO AVALIADOR

- Não possui doença ou lesão preexistente.
- Com necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente SEM necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente COM necessidade de perícia médica.

CID	OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO AVALIADOR

DATA: ____/____/____.

**TERMO DE FORMALIZAÇÃO DA
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**

PLANO UNIFLEX

Nome do beneficiário: _____

Plano Uniflex _____ n.º Registro _____

1. Para efeitos deste termo, entende-se como 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 de 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. A cobertura para doença ou lesão preexistente ficará suspensa pelo período de 24 meses contados a partir da contratação ou da adesão ao plano, conforme data prevista na proposta de contratação ou formulário cadastral.

3. Ficam suspensos da cobertura os procedimentos listados no *Anexo de Exclusões por Preexistência* (eventos cirúrgicos, as internações em leitos de alta tecnologia (UTI e similares) e os procedimentos de alta complexidade) relacionados a doença ou lesão preexistente.

CID (s) _____ e subgrupos quando houver.

Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária também estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

4. O beneficiário declara conhecimento do período de suspensão da cobertura contratual dos eventos cirúrgicos, internações e procedimentos listados no *Anexo de Exclusões por Preexistência*, em razão de doença ou lesão preexistente.

X _____ X _____

Assinatura do Contratante ou responsável legal *Assinatura do Dependente ou responsável legal*

Nome _____ Nome _____

CPF _____ CPF _____

Data: ___/___/___ Data: ___/___/___