

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.

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: _____

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

DEFINIÇÕES E ESCLARECIMENTOS:

- A Carta de Orientação ao beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento da declaração de saúde.
- A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. No preenchimento dessa declaração o consumidor tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:
 - **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 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.
 - **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. Conforme a RN/ANS nº 162 é facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT, por esta razão a Unimed Blumenau não disponibiliza esta opção para seus beneficiários.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.
- Na carta de orientação ao beneficiário, no campo “intermediário entre a operadora e o beneficiário” – espaço destinado exclusivamente ao preenchimento pela Unimed.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

- A presente declaração de saúde deverá ser preenchida exclusivamente pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de beneficiário menor de idade ou incapaz. (quando a incapacidade for devidamente comprovada).
- Para beneficiários menores de 18 anos, a Declaração de Saúde será integralmente preenchida e assinada por seu representante legal.
- Quando se tratar de beneficiário menor de 18 anos, o responsável preenche seu nome, seu CPF e assina o documento.
- Para responder as perguntas, assinale corretamente o checkbox (quadrado) ao lado da doença e/ou lesão que saiba ser portador e responda ao questionamento abaixo da mesma.
- Todas as perguntas deverão ser respondidas, inclusive a de número 25.

Não serão aceitas declarações que contenham rasuras ou utilização de corretivo nas respostas

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Tipo de Contratação:

Individual/Familiar

Coletivo (Vinculado a uma empresa, conselho, sindicato ou associação): _____.

Tipo de Vínculo: Titular Dependente

Nome do Beneficiário (sem abreviações): _____
_____.

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____.

E-mail Pessoal: _____ Telefone (____): _____.

QUESTIONÁRIO:

01. Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

02. Sofre de alguma doença congênita (de nascença)?

Sim Não

<input type="checkbox"/>	Cardiopatia congênita	<input type="checkbox"/>	Malformação	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Outras

Especifique a doença: _____

03. Sofre de alguma doença respiratória?

Sim Não

<input type="checkbox"/>	Amigdalites	<input type="checkbox"/>	Cistos	<input type="checkbox"/>	Roncos
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Desvio de septo	<input type="checkbox"/>	Rouquidão crônica
<input type="checkbox"/>	Aumento de adenóides	<input type="checkbox"/>	Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	Sinusites
<input type="checkbox"/>	Aumento de amígdalas	<input type="checkbox"/>	Fibrose cística (criança)	<input type="checkbox"/>	Tosse crônica
<input type="checkbox"/>	Bronquiectasias	<input type="checkbox"/>	Respiração bucal	<input type="checkbox"/>	Tumores
<input type="checkbox"/>	Bronquite	<input type="checkbox"/>	Rinite	<input type="checkbox"/>	Outras

Especifique a doença e desde quando: _____

04. Sofre de alguma doença cardiovascular?

Sim Não

<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>	Insuficiência arterial periférica	<input type="checkbox"/>	Valvulopatias
<input type="checkbox"/>	Doença coronariana (angina)	<input type="checkbox"/>	Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	Varizes
<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Sopros cardíacos	<input type="checkbox"/>	Outras
<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	Taquicardia (palpitações)	<input type="checkbox"/>	

Especifique a doença e desde quando: _____

05. Sofre de alguma doença da audição?

Sim Não

<input type="checkbox"/>	Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/>	Mastoidites	<input type="checkbox"/>	Tímpanos perfurados
<input type="checkbox"/>	Labirintopatia	<input type="checkbox"/>	Otites de repetição	<input type="checkbox"/>	Tumores (colesteatoma)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Outras

Especifique a doença e desde quando: _____

06. Sofre de alguma doença osteomuscular e do tecido conjuntivo? Sim Não

Artrite reumatóide	Escoliose	Lombalgia
Artrose	Esclerodermia	Lordose
Bursite	Esporão de calcâneos	Lúpus
Cervicalgia	Fasceíte plantar	Osteofitose (bicos de papagaio)
Cistos	Fibromialgia	Osteoporose
Doença de ombros	Hérnia de disco	Pés chatos
Doença de tornozelos	Joanetes	Pés tortos
Doenças autoimunes	Lesão menisco/Ligamentos	Tendinites
		Outras

Especifique a doença, e desde quando: _____

07. Sofre de alguma doença da visão? Sim Não

Astigmatismo	Doenças da retina	Miopia
Catarata	Estrabismo	Ptose (queda) palpebral
Cegueira	Glaucoma	Pterígio
Ceratocone	Hipermetropia	Outras

Especifique a doença e desde quando: _____

08. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? Sim Não

Cirrose Hepática	Fissura anal	Intolerância a Lactose
Colites	Fistulas	Pancreatite
Divertículos	Gastrite	Pólipos
Doença celíaca	Hemorroidas	Retocolites
Doença de Crohn	Hérnia de hiato - Refluxo	Tumor
Doença vesícula biliar (cálculos)	Hérnia Inguinal	Úlcera
Esofagite	Hérnia Umbilical	Outras

Especifique a doença, localização (quando cabível) e desde quando: _____

09. Sofre de alguma doença do aparelho geniturinário? Sim Não

Cisto de Ovário (tumor)	Fimose	Ovários Policísticos
Cistocele	Hidrocele	Prolapso uterino
Cistos renais	Incontinência urinária	Retocele
Cistos/Nódulos mamários	Infecção do trato urinário	Varicocele
Cólica renal (pedras)	Infertilidade	Tumor de colo ou corpo de útero
Doenças da próstata	Insuficiência renal	Tumor de mamas
Endometriose	Mioma	Outras

Especifique a doença, a localização (quando cabível) e desde quando: _____

10. Sofre de alguma doença neurológica? Sim Não

Doença de Alzheimer	Neurites	Tremores
Enxaquecas	Paralisias	Tumores
Epilepsia (convulsões)	Sequela de derrames	Túnel do carpo
Mal de Parkinson	Traumatismo crânio encefálico	Outras

Especifique a doença, a localização (quando cabível) e desde quando: _____

11. Sofre de alguma doença endócrina ou metabólica? Sim Não

Ácido Úrico	Gota	Hipotireoidismo
Colesterol	Hipertireoidismo	Obesidade
Diabetes	Hipófise (tumores)	Outras

Especifique a doença e desde quando: _____

12. Sofre de alguma doença infectocontagiosa? Sim Não

AIDS – HIV positivo	Hepatite C	Outras
Doenças venéreas	HPV	
Hepatite B	Tuberculose	

Especifique a doença e desde quando: _____

13. Sofre de alguma doença psiquiátrica? Sim Não

Ansiedade	Depressão	Psicose (esquizofrenia)
Autismo	Hiperatividade	Outras

Especifique a doença e desde quando: _____

14. Sofre de alguma doença cancerosa? Sim Não

Aparelho digestivo	Fígado e Pâncreas	Pulmão
Câncer de Mama	Próstata	Outros cânceres

Especifique a doença, a localização (quando cabível) e desde quando: _____

15. Sofre de alguma doença hematológica? Sim Não

Anemia	Leucemia	Outras
Distúrbios de coagulação	Linfomas	
Hemofilia	Purpuras	

Especifique a doença e desde quando: _____

16. Sofre de alguma doença de pele? Sim Não

Alergia a medicamentos	Ceratoses	Sinais
Alergia a alimentos	Cisto pilonidal	Urticária
Câncer de pele (carcinoma)	Melanoma	Verrugas
Calos nos pés	Pintas pretas/elevadas	Outras

Especifique a doença, a localização (quando cabível) e desde quando: _____

17. Sofre de hiperidrose (excesso de suor)? Sim Não

Axilas	Rosto	
Mãos/Pés	Outros Locais	

Especifique a doença e desde quando: _____

18. Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias ou outras? Sim Não

Bruxismo	Mordida Cruzada	Outras
Luxação de ATM	Prognatismo (mandíbula para frente)	
Micrognatismo (mandíbula para trás)	Tumores	

Especifique a localização (quando cabível) e desde quando: _____

19. Faz uso de prótese(s) e/ou órtese (s)? Sim Não

Fios	Pino	Outras
Marcapasso	Placa	
Parafuso	Silicone	

Especifique a localização (quando cabível) e desde quando: _____

20. Está fazendo algum tratamento médico?

Sim

Não

Especifique a doença, o tratamento, a localização, e desde quando: _____

21. Possui histórico de cirurgia(s)?

Sim

Não

Especifique a doença, o tratamento, a localização, e desde quando: _____

22. Sofre de distúrbio do sono ou apnéia do sono?

Sim

Não

Especifique qual e desde quando: _____

23. Já foi submetido(a) a radioterapia, quimioterapia, diálise?

Sim

Não

Especifique a doença, a localização (quando cabível): _____

24. Sofre de alguma outra doença, não relacionada?

Sim

Não

Especifique: _____

25. Esta declaração foi preenchida com a presença de médico orientador?

() Não

() Sim, médico da UNIMED

() Sim, médico particular de minha escolha

Este espaço deverá conter o parecer do Médico Orientador APENAS quando o preenchimento da declaração de saúde foi orientado pelo mesmo: _____

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

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

Declaro para os devidos fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras e autorizo o uso e verificação do prontuário, laudo de exames e outros documentos.

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ Data da Assinatura: ____/____/____

Beneficiário Titular e/ou Responsável Legal