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.

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

Nome do 4º 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	4º
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	4º DEPENDENTE
Peso (Kg)					
Altura (m)					

Atenção: O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas (kg) pela altura^2 em metros.
Exemplo: IMC = PESO / (ALTURA x 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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DO ITEM	ASSINALE COM UM X					ANO DO EVENTO	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens da Declaração de Saúde (página anterior), seja para Titular e/ou Dependente(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica.
	TITULAR	DEPENDENTES					
		1º	2º	3º	4º		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por:

☐Médico cooperado da Unimed Ferj ☐ Meu médico particular ☐ Médico preposto

☐ Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fazê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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.

Agravo é 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.

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 assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

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.

1. Estou ciente que será aplicada imediatamente, a partir da vigência, cláusula de Cobertura Parcial Temporária, na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

2. Declaro que as informações por mim prestadas nesta Declaração de Saúde são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

3. Estou ciente que a Unimed Ferj se compromete a tratar os dados pessoais presentes na Declaração de Saúde em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Nos casos em que for necessário coletar o consentimento do Titular dos dados ou de seu responsável legal, a coleta do consentimento se fará através de Termo de Consentimento apartado.

4. Autorizo a Unimed Ferj a entrar em contato comigo por meio dos dados fornecidos, para fins de comunicação institucional.

☐ Sim ☐ Não

_____ , ____ de _____ de _____. _____

Assinatura do Beneficiário Titular