

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 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: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Registro produto:		Proposta de Admissão nº:	
-------------------	--	--------------------------	--

Contratante:		CPF ou CNPJ:	
--------------	--	--------------	--

Nome do beneficiário	Sexo	Idade	Altura (m)	Peso (kg)

Nome do responsável pelo preenchimento caso o beneficiário seja menor ou impedido legalmente para assinar.	
	CPF:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1 – O beneficiário tem o direito de ser orientado no preenchimento dessa declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, parágrafos 1º e 2º da RN 558/2022;

2 - 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 artigo 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 558/2022, e posteriores atualizações;

3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente **o beneficiário cumprirá, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, o período de cobertura parcial temporária (CPT) por um período ininterrupto de até 24 meses, caracterizada pela suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC – Rol de Procedimentos da ANS), de leitos de alta tecnologia e de procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.**

4 - É facultado à operadora o oferecimento de agravo como opção à cobertura parcial temporária (CPT). O agravo é o acréscimo no valor da contraprestação mensal 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 cumpridos os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. **O pagamento do agravo não elimina a necessidade de cumprimento das carências contratuais, nos prazos estabelecidos pela lei 9.656/98.**

5 – Ao não declarar as doenças e/ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação a Unimed Noroeste de Minas poderá:

- Suspeitar de omissão de informação e, neste caso, comunicará imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer a cobertura parcial temporária (CPT), ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada pela ANS a omissão de informação pelo beneficiário, a Unimed Noroeste de Minas 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.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1	É portador de alguma doença de sangue como anemias adquiridas (carenial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemia, esferocitose e falciforme), hemofilia, púrpura ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
2	É portador de doença do coração como infarto, angina, arritmias, trombose, aneurisma, ponte de safena, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica de gravidez ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
3	É portador de doença dos rins como cálculo, nefrite, insuficiência renal, infecção urinária de repelição ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
4	Faz diálise ou hemodiálise?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
5	Tem rim transplantado ou necessita de fazer transplante?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
6	É portador de doença do sistema nervoso como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, enxaqueca ou outras?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
7	É portador de doença do aparelho respiratório como enfisema, asma, bronquite, pneumonia, rinite, sinusite, tuberculose, aumento de adenoide, desvio de septo nasal ou outras?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
8	É portador de doença dos olhos como catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, pterígio ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
9	Tem necessidade de transplante de córnea?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
10	É portador de doença do ouvido e mastoides, como perda de audição, surdez, labirintite, otite crônica ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
11	É portador de doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, hérnia de hiato, úlcera, gastrite, refluxo, cálculo na vesícula, hemorroida, diverticulite ou outras?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
12	É portador de doença das articulações, dos músculos ou dos ossos como miastenia gravis, osteoporose, osteomielite, artrose, artrite, reumatismo, tendinite, lesão de ligamento, menisco ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
13	É portador de alguma doença da coluna vertebral como hérnia de disco, bico de papagaio, escoliose, estenose lombar ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
14	É portador de alguma doença reumatológica como lúpus, esclerodermia, febre reumática, artrite reumatoide, polidermatomiosite ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
15	É portador de alguma doença maligna como leucemia, linfomas ou outro tipo de câncer? Faz ou fez quimioterapia ou radioterapia?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
16	É portador de doença endocrinológica como hipertireoidismo, hipotireoidismo, bócio, nódulo na tireóide, hipófise, doença da suprarenal ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

17	É portador de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
18	É portador de alguma doença da pele, como tumores, verrugas, pintas, queiloide, manchas, xantelasma ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
19	É portador de algum transtorno psiquiátrico, doença mental ou síndrome como depressão, esquizofrenia, pânico, transtorno bipolar, abstinência de droga, alcoolismo ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
20	Para homens: É portador de alguma doença urológica como fimose, doenças da próstata, dos órgãos genitais, hidrocele, varicocele, infertilidade, incontinência urinária ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
21	Para mulheres: É portador de alguma doença das mamas (aumento do volume, displasia, nódulo, ginecomastia), doença dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
22	Para mulheres: É portador de alguma doença ginecológica como cisto de ovário, ovário policístico, endometriose, mioma, infertilidade ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
23	É portador de algum tipo de hérnia como inguinal, umbilical, incisional, epigástrica, bolsa escrotal ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
24	É portador de alguma doença física, como má formação congênita, anomalias cromossômicas ou alguma síndrome (Down, Marfan ou outra)?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
25	É portador de algum distúrbio do sono, como apnéia do sono ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
26	É portador de alguma doença das artérias, veias ou dos vasos capilares?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
27	Tem varizes?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
28	É portador de doença infectocontagiosa como meningite, hepatite, tuberculose, Aids, hanseníase, sífilis ou outra?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
29	É portador de diabetes mellitus?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
30	É portador de anorexia, bulimia?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
31	É portador de obesidade?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
32	Tem algum defeito físico e/ou sequela decorrente de acidente, fratura ou doença?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
33	Usa ou usou alguma prótese ou órtese (de ouvido, óculos, lente de contato, marca passo, válvula stent, aparelho ou outra)?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	
34	É portador de doença ou lesões que não tenham sido abordadas na relação de perguntas anteriores?	Escreva sim ou não:	
		Especificar:	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas que o(a) Sr.(a) considere importante registrar:

Quanto a orientação do médico para o preenchimento desta declaração de saúde:

1	<input type="checkbox"/> Dispensei a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.	
2	<input type="checkbox"/> Fui orientado(a) pelo médico(a) da Unimed Noroeste de Minas.	Médico orientador: Declaro que prestei as orientações necessárias para o preenchimento desta declaração de saúde.
3	<input type="checkbox"/> Fui orientado(a) pelo médico(a) de minha escolha.	Dr(a) _____ CRM _____ _____ Assinatura

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde são a expressão da verdade e assumo total responsabilidade pelas mesmas, podendo a Unimed Noroeste de Minas considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas contratadas. Declaro, ainda, que estou ciente que a omissão de informações sobre a existência de doenças e lesões preexistentes, das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, poderá ser considerada comportamento fraudulento e acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à Unimed Noroeste de Minas as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou seus cooperados, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Local e data:

Assinatura do beneficiário ou responsável:

Reservado para a Unimed Noroeste de Minas

Restrições? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Data:	Analisado por:	Assinatura:
--------------------------------------------------------------------------	-------	----------------	-------------

TERMO DE ACORDO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Registro produto:		Contrato nº:	
Contratante:		CPF ou CNPJ:	
Nome do beneficiário			
Nome do responsável caso o beneficiário seja menor ou impedido legalmente para assinar.			
			CPF:

Doenças e lesões preexistentes identificadas na análise da Declaração de Saúde.		
Descrição	CID	
Nome do médico auditor:	CRM	Assinatura e carimbo do médico :

DECLARAÇÃO
<p>Declaro que estou de acordo com a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), e que estou ciente que pelo período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, estarão suspensas as coberturas para procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e cirurgias relativas às doenças e lesões preexistentes posteriormente identificadas.</p>
Local e data:
Assinatura do beneficiário ou responsável: