

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 à 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!

Rubrica

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Identificação do Beneficiário – O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá ler, datar e assinar, assim como o Representante da Unimed-Rio.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito obrigatoriamente pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, que deverá declarar por si e por seus dependentes, saber ser(em) ou não, portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

O preenchimento das perguntas é de caráter obrigatório e não poderá apresentar qualquer tipo de rasura.

As respostas (“S” - sim; “N” - não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada beneficiário, devidamente identificado no cabeçalho.

Não deixar de declarar qualquer patologia por entender que a mesma não é de importância. Todas as informações são importantes para a análise médica.

Deverão também ser preenchidos os campos de peso e altura do BENEFICIÁRIO TITULAR e BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) se existentes.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DO ITEM - preencher com o número de cada pergunta respondida com “S” (sim) na Declaração de Saúde.

TITULAR/DEPENDENTE(S) - assinalar com “x” referente ao beneficiário que teve “S” (sim) no item descrito.

ANO DO EVENTO - preencher com o ano em que ocorreu o evento correspondente ao item descrito.

CAMPO PARA DESCRIÇÃO DO EVENTO - preencher detalhadamente com informações referentes ao evento, tais como: datas, tratamentos realizados, situação atual, etc.

A Unimed-Rio poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar com o objetivo de esclarecer as dúvidas originadas no processo de preenchimento da Declaração de Saúde.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá assinalar com “x” no campo correspondente à forma escolhida para o preenchimento da Declaração de Saúde. Deverá obrigatoriamente datar e assinar.

Se o BENEFICIÁRIO TITULAR optar pelo auxílio de um médico para prestar orientações para o preenchimento da Declaração de Saúde, o mesmo deverá assinar e carimbar.

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS.

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 à 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!

Rubrica

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Identificação do Beneficiário – O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá ler, datar e assinar, assim como o Representante da Unimed-Rio.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito obrigatoriamente pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, que deverá declarar por si e por seus dependentes, saber ser(em) ou não, portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

O preenchimento das perguntas é de caráter obrigatório e não poderá apresentar qualquer tipo de rasura.

As respostas (“S” - sim; “N” - não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada beneficiário, devidamente identificado no cabeçalho.

Não deixar de declarar qualquer patologia por entender que a mesma não é de importância. Todas as informações são importantes para a análise médica.

Deverão também ser preenchidos os campos de peso e altura do BENEFICIÁRIO TITULAR e BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) se existentes.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DO ITEM - preencher com o número de cada pergunta respondida com “S” (sim) na Declaração de Saúde.

TITULAR/DEPENDENTE(S) - assinalar com “x” referente ao beneficiário que teve “S” (sim) no item descrito.

ANO DO EVENTO - preencher com o ano em que ocorreu o evento correspondente ao item descrito.

CAMPO PARA DESCRIÇÃO DO EVENTO - preencher detalhadamente com informações referentes ao evento, tais como: datas, tratamentos realizados, situação atual, etc.

A Unimed-Rio poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar com o objetivo de esclarecer as dúvidas originadas no processo de preenchimento da Declaração de Saúde.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá assinalar com “x” no campo correspondente à forma escolhida para o preenchimento da Declaração de Saúde. Deverá obrigatoriamente datar e assinar.

Se o BENEFICIÁRIO TITULAR optar pelo auxílio de um médico para prestar orientações para o preenchimento da Declaração de Saúde, o mesmo deverá assinar e carimbar.

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS.

* 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 TITULAR

_____, ____ de _____ de _____.

NOME LEGÍVEL DO BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

CPF do Beneficiário Titular : _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____ de _____ de _____.

Nome Legível : _____

CPF: _____

Assinatura do Representante Unimed-Rio: _____

* 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 TITULAR

_____, ____ de _____ de _____.

NOME LEGÍVEL DO BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

CPF do Beneficiário Titular : _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____ de _____ de _____.

Nome Legível : _____

CPF: _____

Assinatura do Representante Unimed-Rio: _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do Beneficiário Titular

3. CPF do Titular

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome do 1º Dependente

2. Nome do 2º Dependente

3. Nome do 3º Dependente

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTE(S). DEVERÁ SER PREENCHIDA OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR.

PREENCHER COM
"S" = SIM OU "N" = NÃO

		TITULAR	DEPENDENTE		
			1º	2º	3º
1	Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra?				
2	Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra?				
3	Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?				
4	Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?				
5	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra?				
6	Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?				
7	Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra?				
8	Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra?				
9	Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra?				
10	Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra?				
11	Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra?				
12	Sofre de algum tipo de câncer?				
13	Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?				
14	Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?				
15	É portador do vírus da AIDS?				
16	Possui qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?				
17	Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?				
18	Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?				
19	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?				
20	Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?				
21	Está em tratamento médico?				
22	Tem alguma doença não relacionada acima?				

Rubrica

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do Beneficiário Titular

3. CPF do Titular

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome do 1º Dependente

2. Nome do 2º Dependente

3. Nome do 3º Dependente

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTE(S). DEVERÁ SER PREENCHIDA OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR.

PREENCHER COM
"S" = SIM OU "N" = NÃO

		TITULAR	DEPENDENTE		
			1º	2º	3º
1	Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra?				
2	Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra?				
3	Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?				
4	Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?				
5	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorroidas, cálculo de vesícula ou outra?				
6	Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?				
7	Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra?				
8	Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra?				
9	Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra?				
10	Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra?				
11	Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra?				
12	Sofre de algum tipo de câncer?				
13	Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?				
14	Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?				
15	É portador do vírus da AIDS?				
16	Possui qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?				
17	Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?				
18	Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?				
19	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?				
20	Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?				
21	Está em tratamento médico?				
22	Tem alguma doença não relacionada acima?				

Rubrica

INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE
PESO (Kg)				
Altura (m)				

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	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- ☐ Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed-Rio, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- ☐ Declaro que fui orientado por meu médico particular, não cooperado da Unimed-Rio, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- ☐ 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.
- ☐ Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

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

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

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Beneficiário Titular

INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE
PESO (Kg)				
Altura (m)				

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	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- ☐ Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed-Rio, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- ☐ Declaro que fui orientado por meu médico particular, não cooperado da Unimed-Rio, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- ☐ 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.
- ☐ Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

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

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

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Beneficiário Titular