

## 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.

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

| <b>ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE</b><br>VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTES. DEVERÁ SER PREENCHIDA<br>OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR. |                                                                                                                                    | PREENCHER COM<br>"S" = SIM OU<br>"N" = NÃO |             |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------|----|----|
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                    | TITULAR                                    | DEPENDENTES |    |    |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                    |                                            | 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 ou outra?                                               |                                            |             |    |    |
| 3                                                                                                                                              | É portador de obesidade? <b>(Responda mediante preenchimento e avaliação do quadro de Unidade de Medida no final desta página)</b> |                                            |             |    |    |
| 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 |
|-------------------|---------|---------------|---------------|---------------|
| Peso (Kg)         |         |               |               |               |
| Altura (m)        |         |               |               |               |

**Atenção:** O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas (kg) pela altura<sup>2</sup> em metros.

**Exemplo:**  $IMC = PESO / (ALTURA \times ALTURA)$ .

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                       |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

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

☐ Médico cooperado da Unimed-Rio ☐ 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 do contrato, 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário Titular