



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

ANS - Nº 333051

Proposta de admissão

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 seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico indicado pela Unimed Guarulhos. 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 BENEFICIAMENTO SAIBA SER PORTANTO 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 doenças 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-los 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 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.

Foi-me entregue uma via da "Carta de Orientação ao Beneficiário" acima.

Como intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde, presenciei o preenchimento da Declaração de Saúde.

Beneficiário	Intermediário entre a operadora e o beneficiário
----- Local e data	----- Local e data
Nome:	Nome:
	CPF:
----- Assinatura	----- Assinatura

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

ANS - Nº 333051

Proposta de admissão

Dados do Beneficiário Titular

Nome do titular:

CPF do titular:

Dados do(s) Beneficiário(s) Dependente(s)

Nome do dependente 1:

Nome do dependente 2:

Nome do dependente 3:

Nome do dependente 4:

Itens da Declaração de Saúde**Preencher com
"S": Sim ou "N": Não****Válida para titular e dependentes.
Deverá ser preenchida obrigatoriamente pelo beneficiário titular.**

Titular

Dependentes

1 2 3 4

1 - Sofre/sofreu de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto, arritmia ou outra?**2** - Sofre/sofreu de alguma doença endócrina, como diabetes, doenças da tireoide, obesidade ou outra?**3** - Sofre/sofreu de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?**4** - Sofre/sofreu de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?**5** - Sofre/sofreu de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorroidas, cálculo de vesícula ou outra?**6** - Sofre/sofreu de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?**7** - Sofre/sofreu de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos, incontinência urinária, fimose ou outra?**8** - Sofre/sofreu de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos, endometriose ou outra?**9** - Sofre/sofreu de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson, esclerose múltipla ou outra?**10** - Sofre/sofreu de alguma doença oftalmológica, como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo, catarata ou outra?**11** - Sofre/sofreu de alguma doença do sangue, submeteu-se a transfusão sanguínea, teve anemia ou trombose?**12** - Sofre acidente ou doença que tenha deixado qualquer tipo de seqüela, dano ou deficiência?**13** - Sofre/sofreu de algum tipo de câncer?**14** - Apresenta/apresentou hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?**15** - Tem ou teve doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?**16** - É portador do vírus da AIDS?**17** - Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro de nascença ou adquirida?**18** - Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?**19** - Já realizou alguma cirurgia?**20** - Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?**21** - Faz/fez acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?**22** - Esteve ou está em tratamento médico?**23** - Tem ou teve alguma doença não relacionada acima?**Informe****Titular****1º Dependente****2º Dependente****3º Dependente****4º Dependente****Peso (kg)****Altura (m)**-----
Rubrica contratante-----
Rubrica contratada

