

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 TITULAR	INTERMEDIÁRIO ENTRE OPERADORA E O BENEFICIÁRIO
Local/Data	Local/Data
Nome do beneficiário titular	Nome Legível
CPF do beneficiário titular	CPF
Assinatura do beneficiário titular e/ou responsável	Assinatura

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Declaro que o representante da UNIMED me ofereceu todas as informações a respeito do contrato, não havendo de minha parte dúvidas sobre quaisquer de suas cláusulas, e estou ciente dos seguintes conceitos:

- **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 de cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente a doenças ou lesão 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; contudo, **a Unimed São José dos Campos não oferece esta opção em alternativa à Cobertura Parcial Temporária (CPT).**

Também tenho ciência de que:

- a Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor/beneficiário ou seu representante legal tenha conhecimento ser portador ou sofrendor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, em relação a si próprio ou a qualquer dos dependentes;

- a omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento da declaração, desde que comprovada perante a ANS, pode acarretar a rescisão do contrato; e **O CONSUMIDOR SERÁ RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS REALIZADAS COM O TRATAMENTO DA DOENÇA OU LESÃO OMITIDA**, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada;

- no preenchimento da Declaração de Saúde, o consumidor possui a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou optar por um profissional de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

Declaro, outrossim, que ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS RESPOSTAS ABAIXO SOB PENA DE IMPUTAÇÃO DE FRAUDE, e que a UNIMED colocou a minha disposição profissionais médicos para a entrevista qualificada a fim de esclarecer quaisquer dúvidas a respeito das perguntas.



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Dados do Beneficiário Titular

1) Nome do Beneficiário:	Altura:	Peso:
--------------------------	---------	-------

Dados dos Dependentes

1- Nome:	Altura:	Peso:
2- Nome:	Altura:	Peso:
3- Nome:	Altura:	Peso:
4- Nome:	Altura:	Peso:

Declaro estar ciente que, de acordo com os dados informados, se o índice de massa corpórea (IMC), calculado pela divisão do peso pela altura elevada ao quadrado ($IMC = \text{peso} / \text{altura} \times \text{altura}$) resultar maior que 30 (trinta), é considerado **obesidade** pela Organização Mundial de Saúde, e o beneficiário com essa condição terá que **cumprir o período de 24 (vinte e quarto) meses de Cobertura Parcial Temporária (CPT)** com restrição de acesso aos procedimentos relacionados a mesma.

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 ao preenchimento da Declaração de Saúde, sem realização de qualquer exame ou perícia.

Médico Orientador

Autorizo o **manuseio e compartilhamento das informações** aqui prestadas com o propósito de avaliação clínica e cadastramento em banco de dados da UNIMED para consecução do objeto do contrato.

Local e Data	Assinatura do Titular e/ou Responsável Legal
--------------	--

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Assinalar com S (sim) ou N (não) as respostas às seguintes questões (válida para titular e dependentes):

Informe se é portador ou se já sofreu de		TIT	D1	D2	D3	D4
1	Doenças do aparelho circulatório: pressão alta, varizes, flebites. Teve diagnóstico de obstrução dos vasos das pernas? Tem varizes? Operou varizes? Teve ou tem úlcera venosa? Usou bota de unna ou outro curativo para tratamento de lesão venosa? Tem histórico de aneurisma? Teve ou tem algum problema na circulação do sangue? Tem hipertensão arterial? Tem doença renal associada a hipertensão? Faz controle de microvasculatura com oftalmologista?					
1.1	Doenças do coração: angina, infarto, sopro cardíaco, arritmias, malformação congênita. Precisou investigar quadro de dor no peito? Tem angina? Tem arritmia cardíaca? Usa marca passo? Tem doença nas válvulas do coração (válvulas cardíacas)? Já precisou de cirurgia de válvula cardíaca? Tem cardiopatia congênita? Fez cateterismo? Tem história de infarto? Já operou o coração? Tem <i>stent</i> no coração?					
2	Doenças endócrinas ou metabólicas: diabetes, tireoide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos. Tem diabetes? Tipo 1 ou Tipo 2? Já tratou alguma complicação do diabetes? Tem hiper ou hipotireoidismo? Tem bócio (tireoide aumentada)? Tem problema na paratireoide? Tem problema de hipófise? Tem problema na adrenal (suprarrenal)? Tem problema de ovários (mulher) ou testículo (homem)?					
3	Doenças pulmonares: asma, bronquite, enfisema, pneumopatias congênitas, entre outras. Tem asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquite crônica ou enfisema? Teve ou tem alguma doença no pulmão ou nos brônquios? Teve derrame pleural ou líquido na pleura? Tem história de hipertensão pulmonar? Tem fibrose pulmonar?					
4	Doenças do estômago, esôfago e intestino: gastrite, úlcera, colite, hemorroidas. Teve ou tem gastrite, duodenite, doença do refluxo? Tem problemas de absorção intestinal (doença celíaca, intestino curto, alergia alimentar)? Tem doença inflamatória intestinal (retocolite, Crohn)? Já teve indicação de dilatação do esôfago ou do intestino? Já tratou sangramento do esôfago ou do intestino? Tem hemorroida? Tem fístula ou abscesso perianal?					
4.1	Doenças do fígado, pâncreas e vesícula biliar: pedra na vesícula biliar, pâncreas, doenças congênitas, hepatite, cirrose ou outra doença do fígado, inclusive congênitos. Tem história de inflamação ou gordura no fígado? Tem cirrose hepática? Teve ou tem hepatite? Teve ou tem pancreatite ou cisto no pâncreas? Teve ou tem pedra ou pólipos na vesícula? Tem história de canal da bile entupido?					
4.2	Tem hérnia no umbigo, virilha, coxa? Já operou? Quantas vezes? Tem afastamento dos músculos do abdome (diástase de reto abdominal)?					
5	Doenças dos órgãos genitais masculinos: próstata, testículo, pênis, impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita. Tem doença de próstata? Tem nódulo na próstata ou aumento de PSA? Tem impotência sexual? Teve ou tem indicação de uso de prótese peniana? Já foi submetido a cirurgia de próstata? Tem varizes na bolsa escrotal?					

6	Doenças ginecológicas e das mamas: perineo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterilidade, doenças congênitas entre outras. Tem implante mamário? Faz acompanhamento de algum nódulo mamário? Já fez biopsia de mama? Tem exame de BRCA (mutação nos genes) positivo? Tem prolapso uterino? Mioma? Cisto no ovário? Infecção ou doença nas tubas uterinas? Teve dificuldade para engravidar? Teve abortamento – se sim quantos? Fez investigação?					
7	Doenças urinárias, renais ou da bexiga: cálculos, infecções, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas entre outras. Teve cálculo renal, infecção urinária de repetição, orifício externo da uretra mal posicionado (hipospádia), rim atrofiado, rim ausente, insuficiência renal, hemodiálise, transplante renal, saída de proteína na urina, urina vermelha. Tem incontinência urinária? Tem prolapso de via urinária (bexiga baixa)?					
8	É portador (a) de doenças infectocontagiosas? Vírus HIV, Hanseníase (lepra), tuberculose, entre outras.					
9	Doenças do sangue: Anemia, Sangramentos, entre outras. Teve ou tem mieloma múltiplo? Tem anemia? Qual tipo? (autoimune, falciforme, talassemia, esferocitose, ferropriva). Tem plaquetas baixas? Já recebeu transfusão?					
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta: diminuição da audição, perfuração do tímpano, adenoide, desvio de septo, sinusite, rinite, amidalite crônica, inclusive congênitas. Tem problema nas amígdalas (hipertrofia, infecção de repetição). Tem problema de audição? Tem audiometria alterada? Já tratou zumbido ou diminuição da audição? Teve ou tem infecção no osso da mastoide? Tem história de perfuração de tímpano, doença de Meniere, otosclerose, surdez? Usa aparelho auditivo? Já teve indicação de implante de BAHA ou implante coclear? Tem aumento de adenoide? Tem apneia do sono? Tem rinite ou sinusite? Já realizou alguma cirurgia na garganta, nariz ou ouvido?					
11	Doenças oftalmológicas: alteração da refração, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações de retina entre outros. Usa óculos ou lente para algum problema de refração? Se sim qual? Tem ceratocone? Tem alteração de retina (descolamento, edema macular, doença degenerativa)? Tem estrabismo? Tem catarata? Já teve indicação para transplante de córnea, <i>crosslinking</i> ou anel de ferrara? Tem pterígio (membrana no olho)? Tem glaucoma?					
12	Doenças congênitas, hereditárias (familiares) e ao nascimento: nasceu com alguma anomalia física congênita (dedo supranumerário, mama supranumerária, fenda palatina, genitália ambígua, pé torto congênito, displasia de quadril, microcefalia, hidrocefalia, catarata congênita etc.)? Teve complicações na gestação ou parto? Ficou em UTI neonatal? Se sim, anexar resumo de alta. Teve convulsão no período neonatal, hipoglicemia, alteração do teste da orelhinha, do olhinho, da saturação (coraçozinho) ou do exame do pezinho e das outras triagens neonatais (ampliadas)? Possui síndrome genética? Especificar qual na página de informações complementares.					
13	Doenças oncológicas: teve ou tem qualquer tipo de tumor ou câncer? Já realizou ou realiza quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, ou outro tipo?					
14	Doença neurológica? Parkinson, Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, paralisia, convulsões, aneurisma cerebral, esclerose múltipla, entre outras inclusive congênitas. Tem Parkinson? Alzheimer? Esclerose Múltipla? Atrofia muscular espinhal (AME)? Miastenia gravis? Esclerose medular lateral (ELA)? Síndrome de Guillain Barré? Tem ou teve cisto, calcificação ou tumor no cérebro? Tem convulsão? Tem ou teve indicação de implante de eletrodo de estimulação cerebral profunda? Já teve ou tem AVC (derrame cerebral), meningite ou outra doença envolvendo o cérebro, as meninges?					



15	Doenças psiquiátricas: psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental entre outros. Tem depressão? Tem história de surto psicótico, esquizofrenia ou internação psiquiátrica? Faz acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)? Tem transtorno bipolar? Já necessitou de internação?					
16	É portador (a) de alguma dependência química? Já ficou internado para reabilitação em drogadição? Faz acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)? Já necessitou de internação?					
17	Doenças da pele: psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes entre outras, inclusive congênita. Teve algum sinal (pinta) que precisou ser removido? Se sim, era qual tipo de lesão? Tem lesões melanocíticas ou ulceradas? Tem vitiligo? Tem dermatite atópica? Tem psoríase? Especificar local das lesões na página de informações complementares.					
18	Doenças ortopédicas ou reumáticas: artrose, artrite, osteoporose, inclusive congênitas. Tem osteoporose? Osteopenia? Já teve fratura patológica? Tem sequela de fratura? Já fez osteotomia ou prótese ou placa em osso? Já precisou de enxerto de osso? É portador de alguma colagenose ou reumatismo? Trata ou já tratou lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia, dermatopolimiosite? É portador de doença ou lesão do aparelho locomotor, entre outras: artrose, artrite, tendinite, luxação de ombro, de quadril, dificuldade na marcha (andar), inchaço doloroso de joelhos, joanete, síndrome do túnel do carpo (formigamento ou dor nos dedos, palma da mão, punho). Tem doença nos músculos? Distrofia muscular, miastenia gravis? Faz tratamento?					
18.1	Doenças da coluna: tem dor na coluna, hérnia de disco, compressão de nervo na coluna? Tem desvio de coluna, escoliose? Já operou? Tem bomba de morfina? Tem ou teve indicação de cirurgia? Tem ou teve indicação de implante de estimulação medular?					
19	Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?					
25	Possui doença ou foi submetido(a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima?					
26	Doenças da boca e glândulas salivares: faz tratamento com dentista? A mandíbula trava? Sente dor na articulação temporomandibular - ATM? Tem problema nas amígdalas (hipertrofia, infecção de repetição)? Já teve ou tem obstrução das glândulas salivares? Nódulos nas glândulas salivares? Tem dor de dente? Dente incluso ou impactado? Cisto ou abscesso odontogênico? Tem implante dentário? Tem dificuldade de mastigação ou de fonação (emissão de sons/palavras)? Tem programação de cirurgia ortognática (bucomaxilo)? Tem programação de implante dentário ou extração dentária?					
27	Se criança – tem déficit de aprendizado, de atenção ou TEA? Foi encaminhado para ou realiza terapias ou faz tratamento com psiquiatra infantil ou neuropediatra? Já fez ou foi indicada investigação genética? Se sim, especificar na página de informações complementares.					

Portanto, SE O BENEFICIÁRIO titular ou dependente 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.

