

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 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!

- 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

Intermediário entre Unimed e beneficiário

Avaré/SP, ____/____/____

Avaré/SP, ____/____/____

Nome: _____

Nome/CPF: _____

Ass.: _____

Ass.: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com a Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº 162 de 17/10/2007 e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Informações Importantes

1. A carta de orientação ao beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.
2. O presente documento possui um total de 06 (seis) páginas, divididas em 05 (cinco) partes ou seções. As partes I, III e IV, são de uso exclusivo da Unimed. Cabe ao proponente o preenchimento da Parte II – Informações sobre saúde, exceto o campo em negrito destinado ao médico orientador. Apenas a questão nº 26 é opcional, sendo obrigatória a resposta de todas as outras. Quando necessário, a parte V – Declaração de ciência da Cobertura Parcial Temporária deverá ser preenchida pela Unimed mediante informações obtidas com o médico auditor.

Porém o proponente deve tomar conhecimento do seu conteúdo e assiná-la.

3. Esta declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo próprio consumidor proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por médico orientador.
4. No Preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.
5. Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de 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 pré-existentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
6. 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, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
7. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão pré-existente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão pré-existente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto a ANS. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.**
8. Após a avaliação da declaração de saúde, a Unimed poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela Unimed.
9. Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da Unimed:
 - a) Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e
 - b) Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.



Parte I - Identificação Pessoal (uso exclusivo da Unimed)

Nome _____ Data de Nasc ____/____/____

Grau de Parentesco: () Titular () Cônjuge () Filho () Outros: _____

Nome do Contratante/Titular: _____

Nome do Plano: _____ Nº Registro _____

Tipo do Plano: _____ Nº Proposta de Adesão _____

Parte II – Informações sobre sua saúde e/ou de seus dependentes

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- () Sim, médico da Unimed
- () Sim, médico particular de minha escolha
- () Não

Importante: Em caso afirmativo, o próprio Médico deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho que 'o preenchimento conta com sua presença como médico orientador'. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

1. Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____
2. Já é beneficiário da Unimed? _____ Plano _____
3. É beneficiário de outro Plano de Saúde? _____
4. Goza de boa saúde no momento? (sim ou não): _____
5. Está em plena atividade de serviço? (sim ou não): _____
6. Está afastado do trabalho por doença? (sim ou não): _____
7. Está fazendo algum tratamento médico? (sim ou não): _____
8. Possui alguma anomalia, lesão ou doença congênita (de nascimento) (sim ou não): _____
Cite: _____
9. Sofre de alguma doença de pele ou alérgicas (rinite, urticária, outras)? (sim ou não): _____
Cite: _____
10. Sofre de alguma doença respiratória (falta de ar, asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, obstrução nasal, outras)? (sim ou não): _____ Cite: _____
11. Sofre algum tipo de doença cardíaca? (sim ou não): _____
Cite: _____

12. Sofre de pressão Alta (hipertensão Arterial)? (sim ou não): _____ Há quanto tempo: _____
Cite: _____
13. Sofre de alguma deficiência de ossos, membros (fraturas de ossos, doenças musculares, de menisco (joelho), das articulações, doenças do aparelho locomotor e/ou uso de prótese e/ou órteses, problemas de circulação, varizes, reumatismo, dor ou deformidade na coluna, outras)?
(sim ou não): _____ Cite: _____
14. Sofre de alguma deficiência de sentidos? Visão (catarata, miopia, estrabismo, hipermetropia, glaucoma, astigmatismo) audição (surdez)? (sim ou não): _____
Cite: _____ (Visão) Grau: _____
15. Possui alguma doença de aparelho digestivo (úlceras, cirrose, pancreatite, gastrite, hérnia de hiato, problemas de vesícula biliar, algum tumor, hérnia, hemorróida, outras)? (sim ou não): _____
Cite: _____
16. Sofre de alguma doença do aparelho genital ou urinário (tumores, cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doenças nas mamas – dor ou caroço, problemas com menopausa, dificuldade de reter ou perder urina, fimose, outras)? (sim ou não): _____
Cite: _____
17. Sofre de alguma doença do sistema nervoso ou músculos (ataques, convulsões, desmaios, tumores, problemas mentais)? (sim ou não): _____ Cite: _____
18. Sofre de alguma doença endócrina (tireóide, diabetes, hipófise, outras)? (sim ou não): _____
Cite: _____
19. Sofre de alguma doença crônica (antiga) (diabete, paralisia, hemofilia ou distúrbios de coagulação, doença renal crônica que faz diálise, outras)? (sim ou não): _____
Cite: _____
20. Sofre de alguma doença infecto contagiosa (AIDS – inclusive portador de HIV, hepatite, malária, tuberculose, doenças venéreas, outras)? (sim ou não): _____
Cite: _____
21. Sofre de problemas com fertilidade (capacidade de gerar filhos)? (sim ou não): _____
22. Sofre de alguma doença psiquiátrica ou sofre de alguma forma de dependência química (psicose, depressão, alcoolismo, dependência de drogas, outras) (sim ou não): _____

23. É portador de câncer? (sim ou não): _____ desde quando: _____ Está realizando tratamento, seja quimioterapia, radioterapia ou outra forma? (sim ou não): _____
Cite: _____

24. Sofre (ou sofreu) problemas ortodônticos? (sim ou não): _____
a) Na mastigação: _____ ;
b) Na articulação temporomandibular: _____ ;
c) Prognatismo: _____ ;
d) Outros: _____ ;

25. É gestante? (sim ou não) _____ Quantos meses ou semanas? _____

26. Em caso de criança (menor de 5 anos), acrescentar:
a) Problema na gestação? (sim ou não) _____ Cite: _____
b) Parto Normal ou Cesárea? _____ prematuro ou a termo _____ Quantas semanas ou meses? _____ Peso ao nascer: _____ Icterícia ao nascer? (sim ou não): _____
c) Ao nascer necessitou de internação? (sim ou não): _____ Em UTI? (sim ou não): _____
d) Sofre de refluxo gastroesofágico? (sim ou não): _____
Qual tratamento _____
e) Sofre de problemas com convulsões: (sim ou não): _____ desde quando _____

27. Outras informações que deseja declarar:

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº 162/07¹ e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Data ____/____/____

Consumidor proponente ou responsável legal

¹ Art.5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parte III – Parecer do médico Auditor

- () Não é necessária a perícia médica
- () É necessária a perícia médica
- () Com observações, mas sem a necessidade de perícia
- () Declarada à doença ou lesão pré-existente.

Relação de Doenças e Lesões Pré-existentes declaradas (identificar com a CID-10)

Data ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico auditor

Parte IV – Perícia Médica (Caso Solicitada pela Unimed)

Médico Perito: Dr.(a). _____ CRM: _____

Descrição da Perícia:

Resultado de Exames:

Relação dos códigos (Tabela AMB):

Parecer Final:

Data ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico perito

Parte V – Termo de Opção por Cobertura Parcial Temporária – CPT

Eu, _____, RG nº _____
() Titular () Dependente do plano de saúde contratado com a Unimed de Avaré, declaro que após constatação/declaração de ser portador da (s) doença (s)/lesão (es) pré-existente (s) descrita (s) abaixo, a Unimed de Avaré me ofereceu as opções de agravo ou cobertura parcial temporária, em conformidade com a Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007, tendo certo que estou ciente da implicação de cada uma delas, e opto pela opção _____, de acordo com as descrições abaixo.

OPÇÃO A – AGRAVO

Acréscimo no valor mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente constatada/declarada, após os prazos das carências contratuais.

*Valor do agravo R\$ _____ (xxxxxxxxxxxxx) mensais, estando ciente de que a mensalidade referente ao plano contratado será acrescida ao valor do Agravo.

(Preencher somente se esta for escolhida pelo beneficiário)

OPÇÃO B – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

O consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão constatada/declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

DESCRIÇÃO	Prazo de suspensão (período Máximo de 24 meses)	CID – 10

Declaro estar plenamente ciente de que:

1º) A 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 e Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (UTI/CTI) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões pré-existentes pelo beneficiário ou seu representante legal;

2º) As doenças ou lesões pré-existentes supracitadas foram obtidas pelas informações constantes na Parte II – Informações sobre sua saúde e/ou de seus dependentes e/ou por meio de perícia médica se realiza; e;

3º) Os procedimentos de alta complexidade (PAC), conforme documento anexo, não terão cobertura assistencial pelo prazo de 24 meses, quando relacionados exclusivamente com a doença ou lesão pré-existente declarada/detectada.

Data ____/____/____

Consumidor proponente ou responsável legal