

**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 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 de 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 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 DE 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 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](http://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](http://www.ans.gov.br)** - Perfil Beneficiário.

USUÁRIO TITULAR ou REPRESENTANTE LEGAL do

Usuário Titular (quando este for menor de 18 anos ou incapaz). Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Diagram illustrating two identical horizontal bars, each divided into two sections by a vertical line. The left section is labeled 'Local' and the right section is labeled 'Data'.

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Este documento será considerado inválido se possuir qualquer tipo de rasura.

*De acordo com Lei 9.656/98, Resoluções Normativas – RN/ANS nº 162/07 e alterações posteriores 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- 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.
- 3- 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.
- 4- Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN nº 162/07 e alterações posteriores.
- 5- 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.
- 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, 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.
- 7- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente 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 preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato, nem do atendimento.
- 8- Após avaliação da Declaração de Saúde, a Operadora 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 Operadora.
- 9- Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da Operadora:
  - 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.

## 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 Operadora. ( ) Sim, médico particular de minha escolha.  
( ) Não, eu dispensei a presença de médico orientador.

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

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

		PROPOSTANTES				
Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
1	Doenças cardíacas (coração grande, pressão-alta, arritmias, entre outros)? Especificar.					
2	Doenças Vasculares (varizes, trombose, hemorróidas, aneurisma, má circulação, derrames, entre outros)? Especificar.					
3	Doenças endócrinas e metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outros)? Especificar.					
4	Doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, entre outros)? Especificar.					
5	Doenças gastro intestinal (gastrite, esofagite, hemorróidas, fistulas, alterações no fígado, pâncreas, vesícula biliar, entre outros)? Especificar.					
6	Hérnias (hiato, inguinal, incisionais, entre outros)? Especificar.					
7	Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecções renais, cistites, insuficiência renal, incontinência urinária, entre outros)? Especificar.					
8	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, fimose, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
9	Doenças ginecológicas e das mamas (nódulos de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, sangramento, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
10	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outros)? Especificar.					
11	Tumorações malignas ou benignas (câncer, tumores, nódulos, entre outros)? Especificar (ex. do aparelho digestivo, pele, mama, útero, tireóide, linfoma, etc.)					
12	Doenças reumáticas (artrite, febre reumática, lúpus, entre outros). Especificar.					
13	Doenças neurológicas (paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, crise convulsiva, AVC, entre outros)? Especificar.					
14	Doenças de pele (psoríase, câncer de pele, hiperidrose/sudação excessiva, entre outros)? Especificar.					
15	Doenças infectocontagiosas (AIDS ou é portador do vírus HIV, hepatite, tuberculose, entre outros)? Especificar.					
16	Problemas ortopédicos (artrose, hérnias de disco, problemas de coluna, dores no quadril e joelho, fraturas, osteoporose, tendinite, entre outros)? Especificar.					
17	Doenças congênitas ou hereditárias (síndrome de down, cardiopatia congênita, lábio leporino, entre outros)? Especificar.					
18	Doenças oftalmológicas (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, estrabismo, alteração na retina ou córnea, entre outros)? Especificar.					
19	Doenças dos ouvidos, nariz e garganta (amigdalite, diminuição da audição, tumores, desvio de septo, adenóide, otite, sinusite, entre outros)? Especificar.					
20	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, ansiedade, entre outros)? Especificar.					
21	Dependência química (cigarro, álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outros)? Especificar.					
22	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar.					
23	Realiza ou realizou quimioterapia, branquiterapia ou radioterapia? Especificar.					
24	Possui marcapasso?					
25	Possui prótese(s) (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.					

		PROPONENTES				
Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
26	Já foi internado alguma vez ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima? Especificar.					
27	Tem algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?					
28	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado ou NÃO DESCRITO acima? Especificar.					
29	<b>TITULAR:</b> Peso _____kg Altura ____m_____cm   <b>Dep. 1:</b> Peso _____kg Altura ____m_____cm <b>Dep. 2:</b> Peso _____kg Altura ____m_____cm   <b>Dep. 3:</b> Peso _____kg Altura ____m_____cm <b>Dep. 4:</b> Peso _____kg Altura ____m_____cm					

Com opção de C.P.T. ☐ ou AGRAVO ☐ (Opção pelo AGRAVO está sujeita aos requisitos previstos pelo contrato).

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, indique abaixo o item, especificação e proponente.		
Item	Especificação	Proponente

Sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a submeter-se a tratamento clínico ou cirúrgico e ou exames? Especifique abaixo.			
Item	Especificação	Proponente	Data do Evento

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você, declarante ache importante registrar.

---



---



---



---



---



---



---

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº162/07 e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Consumidor proponente ou responsável legal