

## Declaração de Saúde 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 carência contratual.
- 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, NAO 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](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.

#### Beneficiário

Nome	Local	Data
Rennan de Carvalho Silva	São Paulo	28/12/2023

Assinatura

#### Intermediário entre Operadora e Beneficiário

Nome	Local	Data

Assinatura

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ANS RN nº 162, 17/10/2007)

Com o objetivo de zelar pela sua saúde e prestar serviços assistenciais compatíveis com sua necessidade, solicitamos o preenchimento do questionário abaixo com bastante atenção, observando as informações importantes a seguir:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2. O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente feito de próprio punho pelo proponente titular, em seu nome e de seus dependentes, ou responsável pelo titular quando este for menor de 18 anos.

3. As respostas afirmativas deverão ser esclarecidas pormenorizadamente, informando a data do diagnóstico da doença ou deficiência, os exames e tratamentos realizados e/ou a realizar. Anexando-se relatório(s) médico(s), cópia(s) de exame(s) e/ou receita(s), a análise da Declaração de Saúde será agilizada.

4. O proponente titular ao preencher e assinar a Declaração de Saúde assume a responsabilidade por todas as declarações feitas, inclusive com relação aos dependentes, sendo que a omissão ou inexatidão dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ainda ser excluído do plano de saúde pela Operadora, juntamente com seus dependentes, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, após decisão da ANS, nos termos da Resolução Normativa nº 162, de 17/10/2007.

5. Para o preenchimento da Declaração de Saúde o proponente titular poderá ou não utilizar um médico para sua orientação. Assinale abaixo a sua opção:

☐ 5.1 Declaro ter entendido todas as perguntas da declaração de saúde, não necessitando de profissional médico para respondê-las.

☐ 5.2 Declaro ter sido orientado pelo meu médico particular no preenchimento da declaração de saúde, assumindo o custo correspondente.

☐ 5.3 Declaro ter sido orientado por médico indicado pela Central Nacional Unimed no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus desta orientação.

6. A caracterização de doença ou lesão pré-existente e suas consequências, declaradas no processo de admissão ao plano de saúde, e constatadas nesta Declaração de Saúde, determina a obrigatoriedade da CPT - Cobertura Parcial Temporária/ou Agravado, assim definidos:

**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 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.

**b)Agravado:** 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. Depois de preenchida esta Declaração de Saúde, e constatada a existência de doença ou lesão preexistente, o proponente assinará termo específico de opção entre Cobertura **Parcial Temporária** ou **Agravado**.

Declaro ter lido e entendido plenamente o texto acima, não necessitando de outros esclarecimentos.

Dados do Declarante

Nome Rennan de Carvalho Silva	RG 52.427.341-8	CPF 470.295.028-25
Assinatura		Data 28/12/2023

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

(a ser preenchida de próprio punho pelo usuário titular)

Nome do titular: \_\_\_\_\_

Nome dependente 1: \_\_\_\_\_

Nome dependente 2: \_\_\_\_\_

Nome dependente 3: \_\_\_\_\_

Nome dependente 4: \_\_\_\_\_

Nome dependente 5: \_\_\_\_\_

Nome dependente 6: \_\_\_\_\_

ITENS (Preencha nas lacunas correspondentes)	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
<b>1) Idade</b> Preencha o valor no campo ao lado.	27						
<b>2) Peso</b> Preencha o valor no campo ao lado.	64						
<b>3) Altura</b> Preencha o valor no campo ao lado.	168						
<b>4) IMC – Índice de Massa Corporal</b>  IMC é a sigla para Índice de Massa Corporal. Ele é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em metros).  Preencha o valor no campo ao lado.	22.7						
<b>ITENS</b> <b>(Informe se tem ou já teve)</b>	Preencher com “S” = SIM ou “N” = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
<b>5) Nasceu com algum problema de saúde?</b>	N						
Problemas no coração Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
Osso Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
Síndrome de Down	N						
Neurológico Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Síndrome Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
<b>6) Possui doença cardiocirculatória?</b>							
Hipertensão Arterial (Pressão Alta)	N						
Arritmias	N						
Insuficiência Cardíaca	N						
Marca Passo	N						
Infarto / Doença Coronariana	N						
Aneurisma	N						
Valvulopatias	N						
Varizes	N						
Cirurgia cardíaca	N						
Trombose	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
<b>7) Possui doença endócrina e metabólica?</b>	N						
Diabetes	N						
Gota	N						
Problemas da tireoide	N						
Colesterol Alto	N						
Obesidade	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
<b>8) Possui doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes e infecciosas?</b>	N						
Anemia	N						
AIDS/HIV	N						
Tuberculose	N						
Psoríase/Artrite Psoriática	N						
Doenças da Coagulação/ Hemofilia	N						
Púrpuras	N						
Esclerose Múltipla	N						
Artrite reumatoide	N						
Espondilite Anquilosante	N						
Esclerodermia	N						
Hepatite B	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Hepatite C	N						
Lúpus	N						
Polimiosite	N						
Covid	S						
Vasculites	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>9) Possui doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares?</b>	N						
AVC (Derrame)	N						
Doença de Parkinson	N						
Doença congênita do sistema nervoso	N						
Hemiplegia	N						
Aneurisma cerebral	N						
Mal de Alzheimer	N						
Nevralgia do Trigêmeo	N						
Cefaleia crônica/Enxaqueca	N						
Paralisia cerebral	N						
Epilepsia	N						
Tumor Cerebral	N						
Doenças neuromusculares	N						



ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>10) Possui doenças crônicas do aparelho respiratório?</b>	N						
Asma	N						
Aumento de adenoides	N						
Apneia do sono	N						
Tumor de pulmão	N						
Bronquite	N						
Sinusite	N						
Aumento de amígdalas	N						
Tosse crônica	N						
Enfisema	N						
Desvio de septo nasal	N						
Fibrose Cística	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>11) Possui doenças ortopédicas?</b>	N						
Artrose Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Osteoporose	N						
Desvio de coluna (Escoliose/ Lordose/ Cifose)	N						
Pé torto congênito	N						
Hérnia de disco / Bico de papagaio / lombalgia / cervicalgia	N						
Lesão ligamentar Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:							
Hálux Valgus (Joanete)	N						
Deformidade de ossos Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						
Lesão de tendão Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						
Deformidade da coluna Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Paraplegia	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
<b>12) Possui ou já teve doenças ou tumores malignos (câncer)?</b>	N						
Leucemia	N						
Melanoma	N						
Câncer de Colo de útero	N						
Mieloma Múltiplo	N						
Linfoma	N						
Câncer de Mama	N						
Câncer de Próstata	N						
Outros tipos de Câncer Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>13) Possui doenças do aparelho urinário ou reprodutor?</b>	N						
Cálculo renal	N						
Incontinência urinária	N						
Endometriose	N						
Fimose	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Insuficiência renal	N						
Doenças de próstata	N						
Nódulos de mama	N						
Hidrocele	N						
Mioma	N						
Cistos no ovário	N						
Varicocele	N						
HPV	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>14) Possui doenças do aparelho digestivo?</b>	N						
Úlcera	N						
Cálculos da vesícula biliar	N						
Pancreatite	N						
Refluxo Gastroesofágico	N						
Cirrose Hepática	N						
Intolerância à Lactose	N						
Diarreia Crônica	N						
Gastrite	N						
Hemorroidas	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Pólipos	N						
Hérnia Inguinal	N						
Divertículo	N						
Fissura anal	N						
Hérnia de hiato	N						
Doença de Crohn	N						
Retocolite Ulcerativa	N						
Hérnia Umbilical	S						
Doença Celíaca	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>15) Possui doenças psiquiátricas?</b>	N						
Depressão	N						
Autismo	N						
Síndrome do Pânico	N						
Transtorno de ansiedade	N						
Esquizofrenia	N						
Insônia (dificuldade para dormir)	N						
Transtorno bipolar	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Dependência Química	N						
TDAH (déficit atenção, hiperatividade)	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>16) Possui alguma doença de visão?</b>	S						
Astigmatismo	S						
Glaucoma	N						
Estrabismo	N						
Pterígio	N						
Miopia	S						
Cegueira	N						
Ceratocone	N						
Ptose Palpebral	N						
Catarata	N						
Uveíte	N						
Hipermetropia	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
<b>17) Possui alguma doença da audição?</b>	N						
Deficiência Auditiva	N						
Colesteatoma	N						
Doença do tímpano	N						
Otite Crônica	N						
Doenças do Labirinto	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>18) Possui alguma doença de pele?</b>	N						
Hidradenite supurativa	N						
Câncer de pele	N						
Hiperidrose	N						
Ceratose Actínica	N						
Ceratose Seborreica	N						
Urticária Crônica	N						
Cisto Pilonidal	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
<b>19) Possui alguma alteração mandíbula, arcada dentária ou outras??</b>	N						
Bruxismo	N						
Prognatismo/ Micrognatismo	N						
Mordida cruzada	N						
Tumores	N						
Luxação de ATM	N						
Outros Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>20) Faz uso de prótese(s) e/ou órtese(s)?</b>	N						
Marcapasso / Stent	N						
Prótese Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						
Pinos Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						



ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
<b>Silicone</b> Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						
<b>Placas/Parafuso</b> Se sim, informe os proponentes, período, local e motivo:	N						
<b>Outros</b> Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
<b>21) Qualquer outra doença que não se encontre listada nos itens anteriores.</b> Se sim, informe os proponentes, período, doença e local:	N						
<b>22) Está fazendo tratamento médico?</b> Se sim, informe os proponentes, período, doença e local:	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
<b>23) Já esteve ou está afastado de sua atividade profissional?</b> Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
<b>24) Já esteve internado ou realizou alguma cirurgia?</b> Se sim, informe os proponentes, período, doença, tratamento e local:	N						
<b>25) Já recebeu transplante de algum órgão?</b> Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
<b>26) Já sofreu algum acidente?</b> Se sim, informe os proponentes, período e sequelas, se houver:	N						
<b>27) Você já foi submetido a:</b>							
Transfusão Sanguínea Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
Radioterapia Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
Quimioterapia Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						
Dialise Se sim, informe os proponentes, período e motivo:	N						

Se a resposta a algum item for positiva para qualquer um dos proponentes, esclarecer o motivo, especificando o item, o proponente e a data do evento. Se alguma das respostas for sim, favor anexar relatório médico assistente.

Item	Proponente	Data do evento	Esclarecimentos
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

## This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings on the page.

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos fins de direito, que as informações prestadas de próprio punho por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e estou ciente de que qualquer inexistência ou omissão nas minhas declarações, que possam influenciar na minha inscrição em um dos produtos do instrumento de comercialização contratado ou no valor da mensalidade, dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ser excluído do produto optado, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, de acordo com o que dispõe o artigo 766 e seu parágrafo, do Código Civil Brasileiro. Declaro também, por mim e por meus dependentes, que estamos plenamente cientes das condições gerais que integram o instrumento de comercialização contratado e seus produtos anexos, com as quais concordamos em todos os seus termos, sem exceção.

### Dados do Declarante

Data 28/12/2023	Nome do Declarante Rennan de Carvalho Silva	
RG 52.427.341-8	Órgão Emissor SSP	CPF 470.295.028-25
Telefone Residencial (com DDD)		Telefone Celular (com DDD) (11) 9 4477-4292
E-mail rennan.carvalhosilva@gmail.com		

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASS./CARIMBO – CRM

**ANS - nº 33967-9**