

Declaração de Saúde Mediante Entrevista Qualificada Eletrônica

Operadora: Unimed Cooperativa Central De Bens E Serviços

Idade: 22 anos

Beneficiário: Lucas Vinicius Da Silva Camilo

Sexo: M

Escolaridade:

Peso/Altura: 75,0 kg e 1,75 mt.

Estado Civil: Solteiro(a)

IMC: 24,49.

Médico: ANDREY-05258/SP

Classificação: ADEQUADO

Realizada em: 07/06/2023.

Instruções Gerais:

1. Entrevista Qualificada é a entrevista orientada por médico a que o consumidor se submete ao contratar um plano de saúde, para que sejam relacionadas em formulário de Declaração de Saúde.
2. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar informações sobre as doenças ou lesões de que o(a) Sr(a). saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou de algum dos seus dependentes.
3. Para o preenchimento da Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada o(a) Sr(a). tem direito de ser orientado(a) por um médico indicado pela Operadora, sem qualquer ônus financeiro, ou por um profissional de sua livre escolha, desde que assuma o pagamento dos honorários.
4. O intuito da entrevista qualificada é orientar o(a) Sr(a). no correto preenchimento da Declaração de Saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
5. **Definições:**
 - a) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** 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) **Agravo** como 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.
6. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Durante esse período haverá a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, uso de leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC) que estejam relacionados diretamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

7. A omissão na declaração de conhecimento de doença ou lesão preexistente será caracterizada fraude, ficando sujeito a suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, bem como a responsabilidade pelo pagamento das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, após a devida comprovação junto à ANS.
8. Nenhuma cobertura assistencial poderá ser negada para doença ou lesão preexistente não declarada até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

<p>1- A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a situação, condição atual de saúde e eventual existência de doenças e lesões preexistentes como sendo aquelas de que o declarante tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou, para seus dependentes nos casos de preenchimento para pessoas pelas quais seja responsável. Como declarante eu escolho:</p> <p><input type="checkbox"/> Não ser orientado por médico.</p> <p><input type="checkbox"/> Ser orientado , sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora.</p> <p><input type="checkbox"/> Ser orientado por um médico de sua confiança , caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.</p>	<p>Escolha: Ser Orientado , Sem Ônus Financeiro, Por Um Medico Indicado Pela Operadora</p>
<p>2- Informar nesse campo se o preenchimento está sendo elaborado por:</p> <p><input type="checkbox"/> Familiar ou responsável.</p> <p><input type="checkbox"/> Próprio candidato a beneficiário.</p>	<p>Preenchimento: Próprio Candidato A Beneficiário</p>
<p>3- O Declarante recebeu e leu o Anexo 1 RN 558 - Carta de orientação ao beneficiário?</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p> <p><input type="checkbox"/> Não, mas o médico entrevistador está fazendo isso agora.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p>	<p>Resposta: Sim</p>

4- Doenças da pele (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

- ☐ Melanoma Ou Câncer De Pele
- ☐ Micoses
- ☐ Alopecias Ou Perda De Cabelo
- ☐ Cicatrizes Traumáticas Ou Cirúrgicas
- ☐ Pintas De Beleza
- ☐ Nevus
- ☐ Vitiligo

Não Há Doenças Declaradas

5- Doenças do Nariz, seios da face e vias aéreas superiores (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

- ☐ Perda Auditiva
- ☐ Perfuração De Tímpano
- ☐ Sinusite Crônica
- ☐ Amigdalite Crônica
- ☐ Zumbido
- ☐ Infecção No Osso Da Mastoide
- ☐ Doença De Meniere
- ☐ Osteosclerose
- ☐ Indicação De Implante De Baha Ou Implante Coclear
- ☐ Doença Das Adenoides
- ☐ Apneia Do Sono
- ☐ Cirurgias De Vias Aéreas Superiores

Não Há Doenças Declaradas

6- Doenças Bucomaxilo faciais e neurológicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

- ☐ Derrame
- ☐ Paralisia Facial
- ☐ Tce Antigo Defeitos De Face Ou Faringe

☐ Mordida Cruzada

☐ Prognatismo

☐ Micrognatismo

☐ Mandíbula Trava

☐ Sente Dor Na Articulação Temporomandibular Atm

☐ Já Teve Ou Tem Obstrução Das Glândulas Salivares

☐ Dor De Dente

☐ Dente Incluso Ou Impactado

☐ Cisto Ou Abscesso Odontogênico

☐ 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 Dentaria

Não Há Doenças Declaradas

7- Doenças cardíacas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Doenças De Válvulas Cardíacas

☐ Cia

☐ Civ

☐ Tetralogia De Fallot

☐ Hipertensão Arterial

☐ Febre Reumática Iam

☐ Sopro Cardíaco

☐ Arritmias

☐ Marca Passo

☐ Cateterismo Cardíaco

Não Há Doenças Declaradas

8- Doenças respiratórias (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Pneumonia

☐ Tuberculose

☐ Câncer De Pulmão

☐ Asma

☐ Bronquite

☐ Enfisema

☐ Doença Pulmonar Congênita

Não Há Doenças Declaradas

9- Doenças gastroenterológicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Hernia

☐ Gastrite

☐ Doença De Refluxo

☐ Colelitíase

☐ Pancreatite

☐ Hepatite

☐ Tumores De Intestino

☐ Obesidade Mórbida

☐ 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 Intestino

☐ Tem Fistula Ou Abscesso Perianal

Não Há Doenças Declaradas

10- Doenças ortopédicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Hérnia De Disco

☐ Lombalgia

☐ Lesão Joelhos Ou Menisco

☐ Doença Reumática

☐ Uso Indicação De Imunobiológicos

☐ Doença De Ombros

☐ Sind Do Túnel Do Carpo

☐ Artrose

☐ Artrite

☐ Tendinite

Não Há Doenças Declaradas

11- Doenças Endócrinas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Diabetes

☐ Tireoidite

☐ Problemas Da Tireoide

☐ Problemas Das Adrenais

☐ Doença Paratireoide

☐ Doença Da Hipófise

Não Há Doenças Declaradas

12- Doenças Reumáticas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Artrite Reumatoide

☐ Colagenose

☐ Lúpus Eritematoso

☐ Doença De Beçet

☐ Osteopenia

Não Há Doenças Declaradas

13- Doenças Neurológicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Enxaqueca

☐ Epilepsia

☐ Derrame

- ☐ Alzheimer
- ☐ Atrofia Muscular Espinhal (Ame)
- ☐ Miastenia Gravis
- ☐ Esclerose Medular Lateral (Ela)
- ☐ Síndrome De Guillén Baré
- ☐ Tem Ou Teve Cisto
- ☐ Calcificação Ou Tumor No Cérebro
- ☐ Tem Ou Teve Indicação De Implante De Estimulação Medular
- Não Há Doenças Declaradas

14- Doenças Vasculares (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

- ☐ Varizes Superficiais
- ☐ Varizes Profundas
- ☐ Hiperidrose
- ☐ Aneurismas
- ☐ Hemangiomas
- ☐ Flebites
- ☐ Trombose (Obstrução Dos Vasos Das Pernas)
- ☐ Úlcera Venosa
- Não Há Doenças Declaradas

15- Doenças da parede abdominal (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

- ☐ Hérnia Epigástrica
- ☐ Hérnia Umbilical
- ☐ Hérnia Incisional
- ☐ Hérnia Inguinal
- ☐ Diástase De Reto Abdominal
- Não Há Doenças Declaradas

16- Doenças Urológicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Litíase Renal

☐ Infecção Urinária

☐ Varicocele

☐ Incontinência Urinária

☐ Hiperplasia Prostática

☐ Prolapso De Vias Urinárias

☐ Prótese Peniana

Não Há Doenças Declaradas

17- Doenças das Mamas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Mastite

☐ Cisto De Mama

☐ Nódulo De Mamas

☐ Mamas Grandes

☐ Mamas Pequenas

☐ Câncer De Mamas

☐ Biopsia De Mama

☐ Tem Exame De Brca (Mutação Nos Genes) Positivo

Não Há Doenças Declaradas

18- Doenças do Rim (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Insuficiência Renal

☐ Hemodiálise

☐ Diálise Peritoneal

☐ Rim Atrofiado

☐ Rim Ausente

☐ Transplante Renal

☐ Saída De Proteína Na Urina

Não Há Doenças Declaradas

19- Doenças dos olhos (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Astigmatismo

☐ Microangiopatias Da Retina

☐ Descolamento Da Retina

☐ Catarata

☐ Glaucoma

☐ Pterígio

☐ Estrabismo

☐ Problema De Refração

☐ Ceratocone

☐ Edema Macular (Doença Degenerativa)

☐ Crosslinking Ou Anel De Ferrara

Não Há Doenças Declaradas

20- Doenças Ginecológicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Defeito Lábios Vaginais

☐ Mioma Uterino

☐ Cisto De Ovário

☐ Prolapso Uterino

☐ Infecção Ou Doença Nas Tubas Uterinas

Não Há Doenças Declaradas

21- Doenças Obstétricas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Abortamentos De Repetição

☐ Infertilidade

☐ Mola Hidatiforme

☐ Feto Morto

☐ Complicações Na Gestação Ou Parto

☐ Uti Neonatal

Não Há Doenças Declaradas

22- Doenças Hepáticas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Hepatite

☐ Cirrose Hepática

☐ Colestase

Não Há Doenças Declaradas

23- Doenças Hematológicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Púrpura Trombocitopênica Idopática

☐ Anemia Falciforme Ou Traço Falcêmico

☐ Doenças Infectocontagiosas

☐ Vírus Hiv

☐ Hanseníase (Lepra)

☐ Tuberculose

☐ Sangramentos

☐ Mieloma Múltiplo

Não Há Doenças Declaradas

24- Doenças Neoplásicas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Câncer De Cabeça E Pescoço

☐ Câncer Neurológico

☐ Câncer Hematológico

☐ Câncer Ocular

☐ Câncer Respiratório

☐ Câncer

Não Há Doenças Declaradas

25- Doenças Psiquiátricas (selecione as patologias que sofre ou já sofreu)

☐ Ansiedade

☐ Neurose

☐ Esquizofrenia

☐ Depressão

☐ Transtorno Bipolar

☐ Se Criança Tem Déficit De Aprendizado Tea

☐ Foi Encaminhado Para Realizar Terapias Ou Faz Tratamento Psiquiatra Infantil Ou Neuropediatra

☐ Já Fez Ou Foi Indicada Investigação Genética

Não Há Doenças Declaradas

26- Meu Corpo tem algum tipo de prótese, órtese, materiais diversos (selecione os materiais que tem no corpo)

☐ Parafusos

☐ Placas

☐ Stents Cardíacos Ou Em Outros Locais

☐ Válvulas

☐ Próteses De Mamas

☐ Diu De Cobre

☐ Diu Hormonal

Não Há Doenças Declaradas

27- Eu Pessoa com deficiência (selecione as deficiências que possui)

☐ Auditiva

☐ Intelectual

☐ Física

☐ Visual

Não Há Doenças Declaradas

28- Eu Já realizei os seguintes procedimentos a seguir (selecione)

☐ Cirurgia Cardíaca

☐ Cirurgia Neurológica

☐ Cirurgia Oncológica

☐ Cirurgia Estética

☐ Cateterismo Cardíaco

☐ Angioplastia

☐ Pet Scan

☐ Oct Tomográfica De Coerência Ótica

Não Há Doenças Declaradas

29- Eu Sofro de alguma outra doença, disfunção, patologia que não foi identificada nas questões anteriores.

Nada Declarado

30- CIDs Adequados as declarações fornecidas.

31- Foi recebida as informações da LGPD antes da Entrevista Qualificada. Como declarante eu escolho:

☐ Sim, compreendi.

☐ Sim, e obtive mais esclarecimentos pelo médico entrevistador, e compreendi as questões de privacidade.

☐ Não, mas obtive mais esclarecimentos pelo médico entrevistador e localizei a informação na notificação do agendamento da entrevista e compreendi as questões de privacidade.

Escolha: Sim, Compreendi

32- Fui informado e devidamente esclarecido sobre as questões médicas e o tratamento de dados pessoais para cumprimento principalmente da tutela da saúde, das obrigações legais e regulatórias, execução de contrato, para a viabilidade da minha contratação do plano de saúde por mim escolhido.

☒ Sim De Acordo

Comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar:

Assinatura Beneficiário ou Responsável

Lucas Vinicius Da Silva Camilo | |

Assinatura Médico

Auditor/CRM: ANDREY-05258/SP

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 Agravio, 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 ou Responsável

Rua Antonio Pazianotto, 07/06/2023

Nome: Lucas Vinicius Da Silva Camilo ||

CPF: 479.176.008-58

Assinatura:

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Capivari - Sp, 07/06/2023

Nome: Lucas Vinicius Da Silva Camilo

CPF: 479-176-008.58

Assinatura: