

## 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 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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

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

Nome:

Idade:

Peso:

Altura:

Parentesco com o Titular:

**O preenchimento da declaração de saúde é de responsabilidade do beneficiário, sem ônus financeiro, podendo ser realizado por um médico indicado pela CASEMBRAPA, ou o beneficiário poderá optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção.**

Assinale com um "x" no campo em branco a patologia que reconheça ser portador (a):

**01 - Doenças Neurológicas**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
AVC (Derrame)				
Alzheimer				
Convulsão				
Enxaqueca				
Epilepsia				
Paralisia				
Parkinson				
Câncer				

**02 - Doenças do Aparelho Respiratório**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Amigdalite				
Apneia (Doença do Ronco)				
Asma				
Bronquite				
Desvio de Septo				
Enfisema				
Faringite				
Otite				
Pneumonia				
Rinite				
Sinusite				
Câncer				

**03 - Doenças da Visão**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Astigmatismo				
Catarata				
Ceratocone				
Degeneração Macular				
Estrabismo				
Glaucoma				
Hipermetropia				
Miopia				
Câncer				

**04 - Doenças Psiquiátricas**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Depressão				
Esquizofrenia				
Neurose				
Síndrome do Pânico				
T.O.C (Transtorno Obsessivo Compulsivo)				
Transtorno Bipolar				

**05 - Doenças Aparelho Urinário**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Bexiga Neurogênia				
Cálculo Urinário				
Infecção Urinária de Repetição				

**06 - Doença do Aparelho Cardiocirculatório**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Aneurisma				
Angina (Dor no Peito)				
Arritmias (Palpitações no Coração)				
Cirurgia Cardíaca (Ponte de Safena ou Troca Valvar)				
Doença de Chagas				
Hipertensão (Pressão Alta)				
Infarto				
Câncer				
Varizes dos Membros Inferiores				

**07 - Doença do Aparelho Digestivo**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Cirrose				
Doença de Crohn				
Gastrite				
Hepatite				
Hérnia de Hiato				
Hérnia Inguinal				
Hérnia Umbilical				
Pancreatite				
Câncer				

**08 - Doenças dos Órgãos Genitais Femininos**

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Cisto de Ovário				
Endometriose				
HPV				
Infertilidade				
Mioma				
Ovário Policístico				
Câncer				

**09 - Está Grávida?**

	Sim	Não
Há Quantos Meses?		

## 10 - Doenças dos Órgãos Genitais Masculinos

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Fimose				
Hérnia Escrotal				
Hidrocele				
Hiperplasia Prostática				
HPV				
Infertilidade				
Varicocele				
Câncer				

## 11 - Doenças das Mamas

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Nódulo Mamário				
Ginecomastia				
Câncer				

## 12 - Doença Hematológica, Imunológica ou Reumatológica

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
AIDS				
Anemia				
Artrite Reumatoide				
Câncer				
Gota				
Hemofilia				
Leucemia				
Lúpus				
Púrpura				
Reumatismo				

## 13 - Doença Endócrina ou Metabólica

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Bócio ou Nódulo da Tireoide				
Diabetes				
Hipertireoidismo				
Hipotireoidismo				
Câncer				

## 14 - Doença Ortopédica

	JÁ SOFREU?		SOFRE?	
	Sim	Não	Sim	Não
Artrite				
Artrose				
Bico de Papagaio				
Bursite				
Escoliose				
Fratura				
Hérnia de Disco				
Lesão de Ligamento				
Osteomielite				
Osteoporose				

## 15 - Encontra-se Internado ou em Tratamento Médico?

	Sim   Não	
	Sim	Não

## 16 - Transplantes

	INDICAÇÃO?		JÁ FEZ?	
	Sim	Não	Sim	Não
Rim				
Córnea				
Fígado				
Medula				
Coração				
Pâncreas				

## 17 - Possui Órteses ou Próteses? Especificar.


## 18 - Já Foi Internado ou Submetido a algum Tratamento Clínico ou Cirúrgico nos Últimos 10 Anos?

	Sim   Não	
	Sim	Não

## 19 - Tem Indicação de Submeter-se a Algum Tratamento Clínico ou Cirúrgico? Favor Especificar.


## 20 - Já Sofreu ou Sofre de Alguma Doença não Relacionada no Questionário? Favor Especificar.


## 21 - Comentários. Informações adicionais:


**Observações:**

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.

A informação a respeito das consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS, a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada.

- ☐ Declaro que o preenchimento dessa Declaração de Saúde **contou** com a presença de médico orientador.
- ☐ Declaro que o preenchimento dessa Declaração de Saúde **dispensou** a presença de médico orientador.
- ☐ Declaro inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas.

Local

Data

Assinatura do Médico Orientador\*

Local

Data

Assinatura do Associado Titular

**\*Caso todos os campos forem preenchido com a resposta NÃO, não será necessária a assinatura do médico orientador.**