

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 do **FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É O FORMULÁRIO DE 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 DOENÇA E/OU LESÃO DE 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, endoscopia etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses da assinatura contratual; após esse período, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrições 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 no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO 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 doença ou lesão 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 o Formulário de 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 (igual à do documento apresentado)

Intermediário* entre a operadora e o beneficiário**

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

**Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal.

***Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário.

Formulário de Declaração de Saúde

Empresarial / Adesão com cobrança faturada

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados.

Nome de quem utilizará o plano de saúde (completo sem abreviaturas).

Telefone/Celular de contato

Nome da empresa contratante

Telefone/Celular de contato

Preencha a informação do campo 1, e em seguida marque com um "X" as demais opções.

Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição e especifique. Caso contrário, assinala "NÃO".

1. Informe seu peso atual kg (quilos) Informe sua altura m (metros) cm (centímetros)

2. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falsiforme) ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

3. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro? NÃO | SIM – QUAL? _____

4. É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo? NÃO | SIM – QUAL? _____

5. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante? NÃO | SIM – QUAL? _____

6. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, ou tem necessidade de transplante de córnea? NÃO | SIM – QUAL? _____

7. É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras? NÃO | SIM – QUAL? _____

8. É portador(a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo. NÃO | SIM – QUAL? _____

9. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

10. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea)? NÃO | SIM – QUAL? _____

11. É portador(a) de alguma doença das artérias e dos capilares? NÃO | SIM – QUAL? _____

12. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.)? NÃO | SIM – QUAL? _____

13. É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

14. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

15. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outras? NÃO | SIM – QUAL? _____

16. É portador(a) de alguma doença da próstata (para os homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

17. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, seqüela de fraturas ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

18. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

