

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 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, endoscopia 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**.

_____ / ____ / ____
Local Data

Nome Beneficiário: _____

Nome do responsável legal: _____ CPF _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Nome: _____

CPF _____

ASSINATURA _____

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Este documento tem 05 páginas, sendo a primeira a Carta de orientação ao Consumidor, conforme determina o § 2º do art. 3º da Resolução Normativa RN nº 162, seguido por esta página com as Considerações Gerais sobre o assunto e Definições, pela Declaração de saúde e pelo Termo de opção por cobertura parcial temporária e/ou agravo.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

O beneficiário tem o direito de ser orientado para a entrevista e no preenchimento da declaração de saúde, por um médico da Operadora (gratuitamente) ou por médico de sua escolha, desde que assumo o ônus financeiro deste profissional.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário 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 beneficiário 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 a ANS.

ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.

DEFINIÇÕES

- **Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP):** 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.
- **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período contínuo de até 24 meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- **Agravo:** acréscimo no valor da mensalidade, dando direito integral ao beneficiário à cobertura contratada, para a DLP declarada, após os prazos de carências contratuais.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR, DE PRÓPRIO PUNHO, POR SI E PELO (S) DEPENDENTES, CONFORME RN Nº 162/07.		RESPONDA “SIM” OU “NÃO” POR EXTENSO
		BENEFICIÁRIOS Titular
01	Sofre alguma doença do aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestino), como gastrite, úlcera, colite, doença de vesícula biliar ou outra?	
02	Sofre alguma doença ortopédica, como hérnia de disco, osteoporose ou outra?	
03	Sofre de alguma doença neurológica, como mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia ou outra?	
04	Sofre de alguma doença ou má formação congênita ou hereditária?	
05	Sofre alguma doença ou deficiência dos órgãos dos sentidos? (Visão, audição, etc.)	
06	Sofre alguma doença cardíaca ou circulatória, como angina, sopro cardíaco, pressão alta, ou outras?	
07	Sofre alguma doença respiratória, como bronquite, asma, enfisema, tuberculose, entre outras?	
08	Sofre de doenças urinárias (rins, bexiga, uretra) ou dos órgãos sexuais?	
09	Sofre alguma doença no sangue, como leucemia, hemofilia, anemia, ou outras?	
10	Sofre de doenças endócrinas ou glandulares, como diabetes, tireóides ou outras?	
11	Sofre de alguma doença ou transtornos mentais ou psiquiátricos, dependência química (álcool, drogas, etc)?	
12	Sofre de alguma doença ginecológica, nos seios ou está em gestação (se estiver, de quantos meses)?	
13	Sofre de alguma doença neoplasia, tumores malignos ou benignos?	
14	Sofre de doenças profissionais ou ocupacionais (LER)?	
15	Atualmente esta em tratamento de alguma doença?	
16	Indicação de tratamento clínico ou cirúrgico que por qualquer motivo não tenha realizado	
17	Peso	
18	Altura	
19	Idade	

Outras: _____

_____ / _____ / _____
Local

_____ / _____ / _____
Data

Nome legível do Beneficiário: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

