

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 dessa 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 ESSA 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 estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para essa 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, nesse 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 à doença ou à 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 do beneficiário
(igual à do documento apresentado)**

Intermediário* entre a
operadora e o beneficiário**

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

**Assinatura do intermediário
(igual à do documento apresentado)**

** 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 / procurador.

*** Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.

Formulário de Declaração de Saúde

Individual / Adesão com cobrança individualizada



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

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, assinale "NÃO".

1. Informe seu peso atual <input type="text"/> kg (quilos)	Exemplo: Informe sua altura <input type="text"/> m (metros)	altura acima de 1 metro: 1,65 altura abaixo de 1 metro: 0,55
2. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
3. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
4. É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
5. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
7. É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
8. É portador(a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
9. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
10. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea)?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
11. É portador(a) de alguma doença das artérias (carótida, aorta, femoral)?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
12. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita etc.)?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
14. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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 outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
17. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, seqüela de fraturas ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
18. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
19. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
20. É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	
21. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____	

Rubrica: _____

22. É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas? NÃO SIM – QUAL? _____
23. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico. NÃO SIM – QUAL? _____
24. É portador(a) de obesidade mórbida? NÃO SIM – QUAL? _____
25. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra? NÃO SIM – QUAL? _____
26. É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS)? NÃO SIM – QUAL? _____
27. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândula e doença. NÃO SIM – QUAL? _____
28. É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra? NÃO SIM – QUAL? _____
29. É portador(a) de alguma doença mental? NÃO SIM – QUAL? _____
30. É portador(a) de alguma síndrome NÃO SIM – QUAL? _____

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre essas perguntas formuladas.

Marque com um X a opção escolhida quanto à orientação médica para o preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde. Declaro que optei por:

- ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pelo Plano Saúde São José, sem ônus financeiro.
- ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade.
- dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento:

Identificação do médico (carimbo e assinatura)

Declaração

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo o Plano Saúde São José considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação do Plano Saúde São José alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

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.

Agravo: 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.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras e que estou ciente dos resultados dos exames e do parecer médico, dos termos previstos no contrato e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Nome de quem utilizará o plano de saúde (quando for menor e/ou incapaz, preencher com os dados do responsável legal).

Assinatura da pessoa identificada acima (deverá ser igual à do documento de identificação apresentado).

Para uso do Plano Saúde São José (Identificação de CID)

NÃO

SIM

_____/_____/_____
Data

Carimbo e assinatura do médico