

**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO Nº**

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 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 legível: \_\_\_\_\_

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

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

**Intermediário entre operadora e o beneficiário**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
local data

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

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

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

### DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do Beneficiário Titular

3. CPF do Titular

4. Data de Nasc. do Titular

### DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome do 1º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

2. Nome do 2º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

3. Nome do 3º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

4. Nome do 4º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

### Instrução Gerais:

1. A presente Declaração de Saúde, deverá ser preenchida, datada e assinada pelo beneficiário titular ou dependente, ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz devidamente comprovado.
2. No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo ônus financeiro desta opção.
3. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
4. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o cliente ficará em 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 de 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.
5. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.
6. A comprovação diante da ANS de omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, acarretará a rescisão do contrato ou exclusão do usuário que foi parte do processo de omissão e a responsabilidade pelo pagamento integral das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, sem prejuízo de eventuais sanções civis e penais.
7. Não haverá análise de doença ou lesão preexistente nos seguintes casos:
  - Contratos coletivos empresariais com 30 ou mais beneficiários, desde que a vinculação ocorra:
    1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
    2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.
  - Na migração de contratos desta Operadora, anteriores a Lei 9656/98 e em vigência há cinco anos ou mais.
8. Todas as páginas deverão se rubricadas.

1 - INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE
IDADE					
PESO (KG)					
ALTURA (M)					
IMC					

**ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

**PREENCHER COM**  
"S" = SIM ou "N" = NÃO  
**Dependentes**

	TITULAR	Dependentes			
		1º	2º	3º	4º
2	Está fazendo algum tratamento médico?				
3	Sofre de alguma doença ocupacional? (ler, dort, lombalgia, hérnia, artrose, pneumoconiose, outras)?				
4	Está aposentado por motivo de doença?				
5	Está afastado do trabalho ou serviço por motivo de doença?				
6	Sofre de alguma seqüela decorrente de Acidente de Trabalho?				
7	Sofre de alguma seqüela decorrente de cirurgia?				
8	Sofre de alguma doença congênita (síndrome de Down, má formações, outras)?				
9	Sofre de alguma doença respiratória (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenóide, sinusite, rinite, outras)?				
10	Sofre de alguma doença cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras)?				
11	Sofre de alguma doença osteomuscular e tecido conjuntivo (hérnia disco, osteoporose, lesão de menisco e ou ligamentos, bursite, artrites, artroses, gota, lupus, tensinovites, escoliose, lordose, outras)?				
12	Sofre de alguma doença da audição (surdez, otites, labirintite, outros)?				
13	Sofre de alguma doença da visão (catarata, miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo, ceratocone, retinopatia, cegueira, outras)? (Em caso de miopia, hipermetropia e astigmatismo informar o grau)				
14	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, doença da vesicubiliar (ex: pedra), hemorroidas, tumor, diverticulite, outras)?				
15	Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças de próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama, outros)?				
16	Sofre de alguma doença neurológica (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, tumores, paralisia, seqüela de derrame, outras)?				
17	Sofre de alguma doença endócrina (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade, outras)?				
18	Sofre de alguma doença infecto contagiosa (AIDS – inclusive portador de HIV, malária, tuberculose, doenças venéreas, outras)?				
19	Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química (psicose, depressão, alcoolismo, uso de outras drogas)?				
20	Sofre de doença cancerosa (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, outras)?				
21	Sofre de doença hematológica (anemia, leucemia, hemofilia, outros)?				
22	Sofre de alguma doença de pele (nevus, sinais, outros) ou alérgicas (rinite, urticária, outras)?				
23	Sofre de distúrbio do sono ou apnéia do sono?				
24	Sofre de hiperhidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais)?				
25	Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias (má-oclusão, macrognatismo, micrognatismo, prognatismo, retrognatismo, outros)?				
26	Faz uso de prótese(s), órteses(s) (pino, parafuso, placa, fios, silicone, outros)?				
27	Sofre de alguma outra doença, não descrita nesta declaração?				
28	Foi realizado algum tipo de exame ou procedimento pela Operadora para avaliar o seu estado de saúde físico ou mental na contratação do plano de saúde?				

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

TITULAR	Assinale com um X				ANO DO EVENTO	N.º do Item	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens da Declaração de Saúde (página anterior), seja para Titular e/ou Dependente(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica.
	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE			
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							

**DECLARAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS**

- Declaro(amos) que fui(omos) orientado(s) para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- Declaro(amos) que fui(omos) orientado(s) por nosso médico particular, não cooperado da Unimed, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- Declaro(amos) que dispensei(amos) orientação médica a nós oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-nos capacitados a fazê-lo por nossa própria conta, pelo que responderemos integralmente.
- Declaro(amos) que fui(omos) orientado(s) por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

Comentários e/ou informações adicionais a respeito das questões formuladas, que o consumidor ou médico orientador entenda importante registrar.

---



---



---



---

**Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR E SEUS DEPENDENTES preencherem de próprio punho esta Declaração de Saúde.**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do médico orientador,**  
 com carimbo e CRM  
 Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Dependente 1: \_\_\_\_\_  
 (ou representante legal)

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

Assinatura do Dependente 3: \_\_\_\_\_  
 (ou representante legal)

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

Assinatura do Dependente 2: \_\_\_\_\_  
 (ou representante legal)

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

Assinatura do Dependente 4: \_\_\_\_\_  
 (ou representante legal)

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



**PARECER DO MÉDICO AVALIADOR**

TITULAR	Dependentes			
	1°	2°	3°	4°

Não possui doença ou lesão preexistente					
Com necessidade de perícia médica					
Com doença ou lesão preexistente <b>sem</b> necessidade de perícia médica					
Com doença ou lesão preexistente <b>com</b> necessidade de perícia médica					

**Informar o CID e/ou código dos procedimentos da DLP e outras observações**

Titular:

Dependente 1:

Dependente 2:

Dependente 3:

Dependente 4:

Assinatura do médico Avaliador,  
com carimbo e CRM

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**PERÍCIA MÉDICA**

Titular - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dependente 1 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dependente 2 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dependente 3 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dependente 4 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da Perícia Médica.**

Assinatura do Beneficiário Titular: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Dependente 1: \_\_\_\_\_  
(ou representante legal)  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Dependente 3: \_\_\_\_\_  
(ou representante legal)  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do médico Perito,**  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Dependente 2: \_\_\_\_\_  
(ou representante legal)  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Dependente 4: \_\_\_\_\_  
(ou representante legal)  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



1. Nome do Beneficiário Titular

\_\_\_\_\_

2. Nome do 1º Dependente

\_\_\_\_\_

3. Nome do 2º Dependente

\_\_\_\_\_

4. Nome do 3º Dependente

\_\_\_\_\_

5. Nome do 4º Dependente

\_\_\_\_\_

1. Para efeitos deste termo, entende-se como 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 de 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.

2. Ficam suspensos da cobertura os eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia (UTI e similares) e os procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tais como: Ressonância magnética, tomografia, angiografia, cateterismo, angioplastia, cintilografia, litotripsia, pesquisa vírus HIV qualitativo e quantitativo de carga viral, quimioterapia, radioterapia, contagem de células CD34 / CD45 positivas, HTLV-I, por PCR, bem como demais constantes no Rol de procedimentos da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente CID (s):

Titular: \_\_\_\_\_

Dependente 1: \_\_\_\_\_

Dependente 2: \_\_\_\_\_

Dependente 3: \_\_\_\_\_

Dependente 4: \_\_\_\_\_

A listagem completa dos procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

3. A cobertura para doença ou lesão preexistente ficará suspensa pelo período de \_\_\_\_\_ meses contados a partir da contratação ou da adesão ao plano.

4. O beneficiário declara conhecimento do período de suspensão da cobertura contratual dos procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia em razão de doença ou lesão preexistente.

Assinatura do Beneficiário Titular: \_\_\_\_\_

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

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Dependente 1: \_\_\_\_\_

(ou representante legal)

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

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

Assinatura do Dependente 2: \_\_\_\_\_

(ou representante legal)

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

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

Assinatura do Dependente 3: \_\_\_\_\_

(ou representante legal)

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

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

Assinatura do Dependente 4: \_\_\_\_\_

(ou representante legal)

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

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



## Termo Aditivo

Declaro estar ciente que somente poderei realizar cirurgia refrativa se estiver dentro dos limites estabelecidos pela diretriz de utilização que torna obrigatório a cobertura cirúrgica nos casos de pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos um ano, com:

1. miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0; ou
2. hipermetropia grau até 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0.

---

***Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal***

Nome \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_