

# 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 isso 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 lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isso 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 dúvida, 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 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.

\*\*\*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

## Coletivo Empresarial / Adesão

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

CPF

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, preencha todo o quadrado, conforme exemplo ao lado. 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) Exemplo:  
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?  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 adenóide 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 (carótida, aorta, femoral)?  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 outra?  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? \_\_\_\_\_

19. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?  NÃO |  SIM – QUAL? \_\_\_\_\_

20. É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?  NÃO |  SIM – QUAL? \_\_\_\_\_

21. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local.  NÃO |  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? \_\_\_\_\_

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores.

\_\_\_\_\_

**Preencha todo o quadrado da 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) pela Unimed-BH, 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 a Unimed-BH 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 da Unimed-BH 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.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Data e assinatura da pessoa identificada acima (deverá ser igual à do documento de identificação apresentado).**

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

Para uso da Unimed-BH (Identificação de CID)

- NÃO
- SIM \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico