

## Declaração de Saúde

### 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 TEMPORARIA (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 carência contratual.
- 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, NAO 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](http://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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

#### **Beneficiário**

Nome	Local	Data

Assinatura

#### **Intermediário entre Operadora e Beneficiário**

Nome	Local	Data

Assinatura

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ANS RN nº 162, 17/10/2007)

Com o objetivo de zelar pela sua saúde e prestar serviços assistenciais compatíveis com sua necessidade, solicitamos o preenchimento do questionário abaixo com bastante atenção, observando as informações importantes a seguir:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo 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, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2. O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente feito de próprio punho pelo proponente titular, em seu nome e de seus dependentes, ou responsável pelo titular quando este for menor de 18 anos.

3. As respostas afirmativas deverão ser esclarecidas pormenorizadamente, informando a data do diagnóstico da doença ou deficiência, os exames e tratamentos realizados e/ou a realizar. Anexando-se relatório(s) médico(s), cópia(s) de exame(s) e/ou receita(s), a análise da Declaração de Saúde será agilizada.

4. O proponente titular ao preencher e assinar a Declaração de Saúde assume a responsabilidade por todas as declarações feitas, inclusive com relação aos dependentes, sendo que a omissão ou inexatidão dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ainda ser excluído do plano de saúde pela Operadora, juntamente com seus dependentes, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, após decisão da ANS, nos termos da Resolução Normativa nº 162, de 17/10/2007.

5. Para o preenchimento da Declaração de Saúde o proponente titular poderá ou não utilizar um médico para sua orientação. Assinale abaixo a sua opção:

5.1 Declaro ter entendido todas as perguntas da declaração de saúde, não necessitando de profissional médico para respondê-las.

5.2 Declaro ter sido orientado pelo meu médico particular no preenchimento da declaração de saúde, assumindo o custo correspondente.

5.3 Declaro ter sido orientado por médico indicado pela Central Nacional Unimed no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus desta orientação.

6. A caracterização de doença ou lesão pré-existente e suas consequências, declaradas no processo de admissão ao plano de saúde, e constatadas nesta Declaração de Saúde, determina a obrigatoriedade da CPT - Cobertura Parcial Temporária/ou Agravo, assim definidos:

**a) Cobertura Parcial Temporária (CPT):** é 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.

**b)Agravado:** é 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.

7. Depois de preenchida esta Declaração de Saúde, e constatada a existência de doença ou lesão preexistente, o proponente assinará termo específico de opção entre Cobertura **Parcial Temporária** ou **Agravado**.

Declaro ter lido e entendido plenamente o texto acima, não necessitando de outros esclarecimentos.

Dados do Declarante

Nome	RG	CPF
Assinatura	Data	

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**  
(a ser preenchida de próprio punho pelo usuário titular)

Nome do titular: \_\_\_\_\_

Nome dependente 1: \_\_\_\_\_

Nome dependente 2: \_\_\_\_\_

Nome dependente 3: \_\_\_\_\_

Nome dependente 4: \_\_\_\_\_

Nome dependente 5: \_\_\_\_\_

Nome dependente 6: \_\_\_\_\_

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
1) Doenças do aparelho cardiocirculatório (como dor no peito recorrente, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).							
2) Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, doenças da tireoide, obesidade, entre outras).							
3) Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).							
4) Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).							
5) Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, apneia do sono, entre outras).							

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
6) Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade de ossos e da coluna, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, fraturas de repetição, entre outras).							
7) Doenças ou tumores malignos (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).							
8) Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças de próstata, cistos de ovário, endometriose, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).							
9) Doenças do aparelho digestivo (como úlcera, gastrite, hérnia de hiato, cálculos da vesícula biliar, hemorroidas, entre outras).							
10) Doenças psiquiátricas (como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, entre outras).							
11) Qualquer outra doença que não se encontre listada nos itens anteriores.							
12) Já esteve ou está no momento afastado de sua atividade profissional?							

Se sim, informe os proponentes, período e motivo:

13) Faz algum tratamento médico atualmente?

Se sim, informe os proponentes, período e motivo:

14) Já esteve internado ou realizou alguma cirurgia?

Se sim, informe os proponentes, período e motivo:

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
15) Já recebeu transplante de algum órgão?							

Se sim, informe os proponentes, período e motivo:

16) Já recebeu indenização por acidente ou doenças?							
---	--	--	--	--	--	--	--

Se sim, informe os proponentes, período e motivo:

ITENS	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
17) Peso (Kg)							
18) Altura (Cm)							

Se a resposta a algum item for positiva para qualquer um dos proponentes, esclarecer o motivo, especificando o item, o proponente e a data do evento. Se alguma das respostas for sim, favor anexar relatório médico assistente.

Item	Proponente	Data do evento	Esclarecimentos
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS

---



---



---



---



---



---

## **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro para os devidos fins de direito, que as informações prestadas de próprio punho por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e estou ciente de que qualquer inexatidão ou omissão nas minhas declarações, que possam influenciar na minha inscrição em um dos produtos do instrumento de comercialização contratado ou no valor da mensalidade, dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ser excluído do produto optado, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, de acordo com o que dispõe o artigo 766 e seu parágrafo, do Código Civil Brasileiro. Declaro também, por mim e por meus dependentes, que estamos plenamente cientes das condições gerais que integram o instrumento de comercialização contratado e seus produtos anexos, com as quais concordamos em todos os seus termos, sem exceção.

### Dados do Declarante

Data	Nome do Declarante		
RG	Órgão Emissor	CPF	
Telefone Residencial (com DDD)		Telefone Celular (com DDD)	
E-mail			

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASS./CARIMBO – CRM

**ANS - nº 33967-9**