



Operadora: CENTRAL NACIONAL UNIMED  
CNPJ: 02.812.468/0001-06  
Nº de registro na ANS: 33967-9  
Site: <http://www.centralnacionalunimed.com.br>

## 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

Local: \_\_\_\_\_

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

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

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local: \_\_\_\_\_

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ANS RN n° 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 n° 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.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proponente declarante (consumidor)

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

RG nº: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

(a ser preenchida de próprio punho pelo usuário titular)

ÍTENS	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO					
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP
1) Encontra-se Afastado da atividade profissional?						
2) Teve ou tem diabetes?						
3) Teve ou tem câncer?						
4) Teve ou tem doença cardíaca, circulatória e/ou hipertensão arterial?						
5) Teve ou tem doença pulmonar?						
6) Teve ou tem doenças do aparelho urinário e/ou renal? Submeteu-se, submete-se ou tem indicação de diálise ou transplante renal? Teve ou tem "pedras" nos rins?						
7) Teve ou tem doenças do aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia de hiato, cálculos da vesícula biliar, hemorróidas, etc)?						
8) Teve ou tem doença neurológica ou psiquiátrica?						
9) Teve ou tem reumatismo (artrites, lúpus, etc.) ou alterações ortopédicas (osteoporose, fraturas, luxações, hérnia de disco, etc)?						
10) Teve ou tem problemas como anemia, leucemia e sangramentos? Já recebeu ou necessita de transfusão de sangue ou derivados?						
11) Teve ou tem doenças dos olhos tais como catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, astigmatismo, etc? Tem indicação de transplante de córnea?						
12) Teve ou tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Usa prótese?						
13) Tem apnéia do sono?						
14) Teve ou tem doenças infecto-contagiosas (hepatite, hanseníase, tuberculose, etc)? AIDS - Sorologia positiva ou doença manifesta?						
15) Teve ou tem doenças ginecológicas ou da mama?						
16) Teve ou tem doenças nas glândulas endócrinas (tireóide, suprarrenal, hipófise, etc.)?						
17) Teve ou tem algum tipo de alergia?						
18) Teve ou tem hérnia de qualquer tipo?						
19) Possui alguma doença congênita ou hereditária?						



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.

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

Nome do Declarante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CARIMBO – CRM

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