

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 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: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____

Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº 162 de 17/10/2007 e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- 1- A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.
- 2- O presente documento possui um total de 08 (oito) páginas, divididas em 04 (quatro) partes e um Termo de Opção por Cobertura Parcial Temporária – CPT. As partes III e IV são de uso exclusivo da Unimed. Cabe ao proponente o preenchimento das Partes I e II, exceto o campo em negrito destinado ao médico orientador. Apenas a questão nº 25 é opcional, sendo obrigatória a resposta a todas as outras. Quando necessário, o Termo de Opção por Cobertura Parcial Temporária – CPT, localizado na última parte, deverá ser preenchido pela Unimed, mediante informações obtidas com o médico auditor. Porém, o proponente deve tomar conhecimento do seu conteúdo e assiná-la.
- 3- Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo próprio titular proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador.
- 4- No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.
- 5- 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.
- 6- Agravo 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. **Esta operadora de planos privados de assistência à saúde não trabalha com o oferecimento de Agravo.**
- 7- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.**
- 8- Após avaliação da Declaração de Saúde, a UNIMED poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela UNIMED.
- 9- Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da UNIMED:
 - a) Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e
 - b) Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Contratante: _____

Titular: _____ N° de registro Plano na ANS: _____

Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____

Data Nasc.: ____/____/____ () Esposa (o) () Filho (a) () Outros: _____

Dependente 1: _____ N° de registro Plano na ANS: _____

Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____

Data Nasc.: ____/____/____ () Esposa (o) () Filho (a) () Outros: _____

Dependente 2: _____ N° de registro Plano na ANS: _____

Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____

Data Nasc.: ____/____/____ () Esposa (o) () Filho (a) () Outros: _____

Dependente 3: _____ N° de registro Plano na ANS: _____

Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____

Data Nasc.: ____/____/____ () Esposa (o) () Filho (a) () Outros: _____

Dependente 4: _____ N° de registro Plano na ANS: _____

Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____

Data Nasc.: ____/____/____ () Esposa (o) () Filho (a) () Outros: _____

Dependente 5: _____ N° de registro Plano na ANS: _____

Peso: _____ Altura: _____ Idade: _____

Data Nasc.: ____/____/____ () Esposa (o) () Filho (a) () Outros: _____

PARTE II - INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- () Sim, médico da Unimed.
- () Sim, médico particular de minha escolha.
- () Não.

Importante: Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que 'o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador'. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____ CRM: _____

O Proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (SIM) ou N (NÃO).	Titular	Dependentes / Agregados				
		1	2	3	4	5
1. Já é beneficiário Unimed?						
2. É beneficiário de outro Plano de Saúde?						
3. Sofreu ou sofre de alguma doença neurológica, como enxaqueca, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, paralisias, Mal de Parkinson, epilepsia, neurite diabética, Alzheimer, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas?						
4. Sofreu ou sofre de alguma doença como ansiedade, neurose, psicose, esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, anorexia nervosa, bulimia, autismo, dependência de bebidas alcoólicas, dependência de drogas ou outras? Esteve em acompanhamento psiquiátrico?						
5. Sofreu ou sofre de alguma doença dermatológica, como vitiligo, nevus (pintas de beleza), cicatrizes, alopecia (perda de cabelo), micoses, melanoma (tipo de câncer que atinge o tecido epitelial) ou outra?						
6. Sofreu ou sofre de alguma doença oftalmológica, como estrabismo, miopia, astigmatismo, catarata, hipermetropia, glaucoma, ou aumento de pressão no olho, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, olho vermelho, pterígio, calásio (cisto da pálpebra), descolamento de retina, inflamação do nervo ocular, ceratocone, presbiopia (vista cansada) ou outra?						
7. Sofreu ou sofre de desvio de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenóide, rinoscoliose (nariz torto), sinusite de repetição, pólipos de laringe ou das cordas vocais, nódulos de laringe ou cordas vocais ou outra?						
8. Sofreu ou sofre de alguma doença respiratória, como bronquite, asma, DPOC, enfisema, ronco, apnéia do sono ou outra?						
9. Sofreu ou sofre de alguma doença cardiovascular, como infarto, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial (pressão alta), aneurisma da aorta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, Doença de Chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas ou outras?						
10. Sofreu ou sofre de alguma doença alérgica, como dermatite, eczema (dermatite atópica), rinite, asma urticária ou outra?						
11. Sofreu ou sofre de alguma doença hematológica (doenças relacionadas ao sangue), como hemofilia, trombocitose, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra?						
12. Sofreu ou sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes insípido, diabetes melito, diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes juvenil, diabetes congênita ou outra?						
13. Sofreu ou sofre de alguma doença infecciosa, como tuberculose, malária, dengue, sífilis, HPV (papiloma vírus), HIV ou outra?						

O Proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (SIM) ou N (NÃO).	Titular	Dependentes / Agregados				
		1	2	3	4	5
14. Sofreu ou sofre de alguma doença ortopédica, como pseudoartrose, lesão de menisco, fratura viciosamente consolidada, tumor ósseo benigno, joanete, esporão do calcâneo, lesão do manguito rotador do ombro, síndrome de túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, lombociatalgia, cervicobranquialgia ou outra?						
15. Sofreu ou sofre de alguma doença endocrinológica, como hipertireoidismo, cisto ou nódulo de tireoide, bócio, tireoidite, hipotireoidismo ou outra?						
16. Sofreu ou sofre de alguma doença reumatológica, como osteoporose, artrose, reumatismo, lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia, dermatomiosite, doença do Crohn ou outra?						
17. Sofreu ou sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como refluxo gastroesofágico, úlcera do estômago, úlcera do duodeno, pedra na vesícula, diarreia crônica, obstipação intestinal, hemorroidas, fissura anal, gastrite, colite, hemorragia digestiva, ascite, estenose de esôfago ou outra?						
18. Sofreu ou sofre de alguma doença vascular, como varizes de esôfago, varizes, síndrome pós-trombótica, flebite, Síndrome de Raynaud ou outra?						
19. Sofreu ou sofre de alguma doença hérnia, como diafragmática, umbilical, inguinal, inguino-escrotal, incisional de hiato ou outra?						
20. Sofreu ou sofre doença urológica como fimose, parafimose, estenose de uretra, pedras (cálculos do rim ou outra localização), malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, perda de urina, impotência, nefrite, síndrome nefrótico ou outra?						
21. Sofreu ou sofre de alguma doença ginecológica, como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mama, alteração funcional benigna da mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra ou já foi submetida a cesariana?						
22. Sofreu ou sofre de infertilidade (não prosseguimento da gestação) ou esterilidade (não consegue engravidar)?						
23. Sofreu ou sofre de alguma hepatite, como hepatite viral aguda ou crônica, virose do fígado, portador de vírus da hepatite ou outra?						
24. Sofreu ou sofre de alguma obesidade ou obesidade mórbida ou magreza excessiva?						

O Proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (SIM) ou N (NÃO).	Titular	Dependentes / Agregados				
		1	2	3	4	5
25. Sofreu ou sofre de alguma doença congênita (adquiridas antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida), como malformação cardíaca, malformação crânio-encefálica, onfalocele, microcefalia, hidrocefalia, sindactilia, polidactilia, mama extranumerária, refluxo gastroesofágico, cegueira, surdez, mudez, prematuridade, doença hemolítica, perinatal, fibrose cística do pâncreas? Síndrome: de Down (mongolismo), de Edwards, de Patau, de rubéola congênita, de toxoplasmose congênita, Tuner, Klinefelter ou outra?						
26. Sofreu ou sofre de AIDS, SIDA, portador do vírus, candidíase de repetição, pneumonias de repetição, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, citomegalovirose ou outra?						
27. Sofreu ou sofre de algum câncer, como de cabeça e pescoço, do sistema nervoso central ou periférico, da hipófise, da tireoide, meduloblastoma, da mama, do pulmão, do mediastino, do esôfago, do colo do útero, do útero, do endométrio, do ovário, do testículo, do rim, do ureter, da adrenal ou supra-renal, da próstata, da bexiga, do ânus, do reto, da pele, Linfoma de Hodgkin (supradiafragmático), Linfoma de Hodgkin (infradiafragmático), leucemia, de partes moles, dos ossos, metástases ósseas, metástases ganglionares, metástases nos linfonodos, metástases cerebrais, metástases hepáticas, da vagina, da vulva, do pênis, Linfoma não Hodgkin (supradiafragmático), Linfoma não Hodgkin (infradiafragmático), do estômago, do duodeno, do cólon, do intestino delgado, do intestino grosso, da vesícula, das vias biliares, do fígado, do pâncreas, melanoma, da garganta, das cordas vocais, de boca, de lábio, de nariz, de ouvido, dos olhos, dos músculos, de língua, dos brônquios, da laringe, de anemia aplástica, ou outros?						
28. É ou já foi portador de prótese/órtese/materiais diversos, tais como: parafusos, placas, stents, válvula ou outras?						
29. Sofreu acidente ou doença que tenha deixado algum tipo de deficiência, cicatriz ou sequela?						
30. Sofreu ou sofre de doença(s) do sangue, recebeu transfusão de sangue ou quimioterapia?						
31. Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?						
32. Já realizou procedimentos, tais como: cateterismo, angioplastia ou outros?						
33. Sofreu ou sofre de alguma doença não identificada nas questões anteriores?						
34. Outras Informações que deseja declarar:						

Caso o preenchimento obteve alguma resposta afirmativa (SIM) para qualquer um dos itens acima, será obrigatório informar os seguintes dados, considerados importantes para análise médica:

Item	Titular / Dependente	Esclarecimentos / especificações (qual doença/lesão, data do evento)

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº 162/07 e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais¹.

Data: ____/____/____

_____ Consumidor proponente ou responsável legal

PARTE III - PARECER DO MÉDICO AUDITOR

(Para uso exclusivo da Unimed)

- Não é necessária a perícia médica. Com observações, mas sem necessidade de perícia.
- É necessária a perícia médica. Declarada a doença ou lesão preexistente

Observações: _____

Relação de Doenças e Lesões Preexistentes declaradas (identificar com o CID-10):

Nome	Doença / patologia	CID

Data: ____/____/____

_____ Assinatura e Carimbo do Médico avaliador

¹ Art. 5º, caput (alterado pelas RNs 195 e 200): “Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.”

PARTE IV - PERÍCIA MÉDICA (CASO SOLICITADA PELA UNIMED)

(Para uso exclusivo da Unimed)

Médico perito: Dr. _____ CRM: _____

Descrição da Perícia: _____

Resultado de Exames:

Relação dos Códigos (TABELA UNIMED):

Parecer Final:

Data : ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Perito

TERMO DE OPÇÃO POR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

(Preencher somente se houve identificação de Doença ou Lesão Preexistente)

Eu, _____, opto nesta oportunidade por cumprir Cobertura Parcial Temporária (CPT) para as doenças ou lesões preexistentes abaixo discriminadas:

Descrição	Prazo de suspensão (período máximo de 24 meses)

Declaro estar plenamente ciente de que:

1º) 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 (UTI/CTI) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

2º) As doenças ou lesões preexistentes supracitadas foram obtidas pelas informações constantes na Parte II – Informações sobre sua saúde e/ou de seus dependentes e/ou por meio da perícia médica, se realizada; e

3º) Os procedimentos de alta complexidade (PAC), não terão cobertura pelo prazo respectivo, em razão da constatação de doenças ou lesões preexistentes.²

_____, ____/____/____

Titular proponente ou responsável legal

² Os procedimentos de alta complexidade são aqueles classificados como tal pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no Rol de Procedimentos vigente na data da solicitação do serviço. Tal lista pode ser acessada por V.Sa. no site da ANS: acessar www.ans.gov.br e no ícone “Espaço do Consumidor” clicar em “o que o seu plano deve cobrir”, “Confira mais informações sobre a cobertura mínima obrigatória em vigor” e “Lista completa de procedimentos”. Se ao lado do procedimento selecionado constar a sigla PAC significa que se trata de Procedimento de Alta Complexidade.