

## 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, endoscopia 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.

Rubrica:

**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

|   |
|---|
| <p><b>Beneficiário 1 ou Representante Legal</b></p> <p>_____, ____/____/____<br/>Local Data</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _ </p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Nome legível, assinatura e CPF</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><b>Beneficiário 2 ou Representante Legal</b></p> <p>_____, ____/____/____<br/>Local Data</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _ </p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Nome legível, assinatura e CPF</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><b>Beneficiário 3 ou Representante Legal</b></p> <p>_____, ____/____/____<br/>Local Data</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _ </p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Nome legível, assinatura e CPF</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p><b>Beneficiário 4 ou Representante Legal</b></p> <p>_____, ____/____/____<br/>Local Data</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _ </p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Nome legível, assinatura e CPF</p> |
|---|

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

CPF: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|

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

Nome legível, Assinatura e CPF



**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**  
(Conforme Resolução Normativa nº162/2007 da ANS)

**Informações sobre doenças ou lesões PREEXISTENTES conhecidas:**

**Nome Contratante / Representante Legal** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Identificação dos Promitentes Beneficiários**

**Beneficiário 1:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;  
 optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou  
 dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

**Beneficiário 2:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;  
 optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou  
 dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

**Beneficiário 3:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;  
 optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou  
 dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

**Beneficiário 4:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

- ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;  
 optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção; ou  
 dispensar médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

Rubrica:

**Antecedentes Pessoais**

Indicar **SIM** ou **NÃO** nos campos correspondentes a cada promitente beneficiário, identificado de **1 a 4**, relativo as doenças ou lesões preexistentes à contratação mencionadas abaixo:

| <b>CARDIOVASCULAR</b>                  | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|--|------------|---|---|---|----------|---|---|---|
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Infarto                                |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Arritmias                              |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Trombose *                             |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Flebite                                |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>PULMONAR</b>                        | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Bronquite, asma                        |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Tumores *                              |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>URINÁRIO</b>                        | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Cálculos                               |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Insuficiência renal (diálises)         |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Próstata                               |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Tumores *                              |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>GINECOLÓGICO</b>                    | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Tumor de mama                          |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Tumor de útero, ovário                 |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Incontinência urinária                 |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>DIGESTIVO, ABDOMINAL</b>            | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Úlcera de estômago, duodeno            |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Cálculos biliares                      |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Hérnias *                              |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Tumores *                              |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>GLÂNDULAS</b>                       | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Diabete                                |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Tireóide                               |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Obesidade                              |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>SANGUE</b>                          | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Anemias                                |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Leucemias                              |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>OLHOS</b>                           | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Catarata                               |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Glaucoma                               |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Miopia, astigmatismo *                 |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Ceratocone                             |            |   |   |   |          |   |   |   |
| <b>ORTOPEDIA</b>                       | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Desvios na coluna                      |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Hérnia de disco                        |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Defeitos após cirurgia ou traumatismos |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Tumores ósseos *                       |            |   |   |   |          |   |   |   |

Rubrica:

| SISTEMA NERVOSO                                       | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|---|------------|---|---|---|----------|---|---|---|
|   | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Epilepsia   |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Traumatismo craniano                                  |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Derrame cerebral                                      |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Paralisias *  |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Tumores   |            |   |   |   |          |   |   |   |
| OUTROS  | TRATAMENTO |   |   |   | CIRURGIA |   |   |   |
|   | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Doenças ou tumores da pele *                          |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Reumatismo  |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Doenças adquiridas: HIV (aids),HPV(papiloma genital)* |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Doenças congênitas *                                  |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Dependência de drogas                                 |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Obesidade mórbida                                     |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Peso e Altura   | 1          |   | 2 |   | 3        |   | 4 |   |
| Peso aproximado (Kg)                                  |            |   |   |   |          |   |   |   |
| Altura aproximada (m)                                 |            |   |   |   |          |   |   |   |

**Em caso afirmativo referente as doenças ou lesões com asterisco \*, informar tipo, localização e tratamento realizado. Espaço reservado para especificar: se 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, bem como comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar.**

| Usuário | Descrição |
|---------|-----------|
| 1       |           |
| 2       |           |
| 3       |           |
| 4       |           |

Rubrica:

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, fica desde já o beneficiário notificado que estará submetido ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária que 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.

Agravo – 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.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o promitente contratante e seus familiares saibam ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o promitente contratante será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

O contratante e os beneficiários declaram para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei, que estão no exercício normal de suas funções físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento desta declaração, com relação aos seus estados de saúde, que prestaram informações completas e verdadeiras. De outra parte, estamos cientes e de pleno acordo que a presente declaração de saúde passará a integrar o contrato de assistência à saúde, caso este seja firmado, ficando a Promitente Contratada autorizada a confirmar as informações prestadas, em qualquer tempo e lugar, sem que tanto implique em ofensa ao sigilo profissional ou a nossa intimidade.

O contratante e os beneficiários que assinam a presente declaração de saúde anuem expressamente que sejam compartilhadas as informações desta declaração com os demais firmatários do presente documento.

Beneficiário 1 ou Representante Legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

Nome legível e assinatura

Beneficiário 2 ou Representante Legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

Nome legível e assinatura

Beneficiário 3 ou Representante Legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

Nome legível e assinatura

Beneficiário 4 ou Representante Legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

Nome legível e assinatura