

Anexo I
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, endoscopia, 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:

..... de de
Local Data

Nome:
(nome legível).

.....
Assinatura CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

..... de de
Local Data

Nome:
(nome legível).

.....
Assinatura CPF

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº de Registro do produto: Nº da proposta: Registro na ANS: 323926

INFORMAÇÕES IMPORTANTES DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
Nome:			
Data de Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:	
Telefone:	Celular:	E-mail:	
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Data emissão:
DEPENDENTE 1			
Nome:			Estado Civil:
Data de Nascimento:	Sexo:	Parentesco:	
DEPENDENTE 2			
Nome:			Estado Civil:
Data de Nascimento:	Sexo:	Parentesco:	
DEPENDENTE 3			
Nome:			Estado Civil:
Data de Nascimento:	Sexo:	Parentesco:	
DEPENDENTE 4			
Nome:			Estado Civil:
Data de Nascimento:	Sexo:		

Contratante: _____

1 – O beneficiário tem o direito de ser orientado no preenchimento dessa declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, §§ 1º e 2º da RN 162/2007;

2 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) **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, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162/2007, e posteriores atualizações;**

3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a 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.**

4 - É facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT. O agravo é o 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, o valor e condições serão negociados. **PAGAMENTO DO AGRAVO NÃO ELIMINA A NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS CONTRATUAIS, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS PELA LEI 9.656/98.**

5 – Ao não declarar as doenças e/ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação a Unimed poderá:

1- suspeitar de omissão de informação e, neste caso, comunicará imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**

2 – Comprovada pela ANS a omissão de informação pelo beneficiário, a Unimed 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.

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerado como comportamento fraudulento, poderá implicar na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação a cirurgia, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligada a DLP. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à UNIMED as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou seus cooperados, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Tenho ciência de que poderei ser convocado, e/ou meus dependentes, para realização de qualquer exame ou perícia, após a avaliação da Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada.

Contratante: _____

QUESTIONÁRIO

Item	Sub item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	PROPONENTES				
			Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
1		Sofre, sofreu ou foi tratado, de alguma doença infecciosa ou parasitária como:					
	a	Tuberculose?					
	b	Hepatite?					
	c	AIDS?					
	d	Meningite?					
	e	Hanseníase? (lepra)					
	f	Outros? (Especifique)					

2		Sofre, sofreu ou foi tratado, de neoplasias malignas (câncer)?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
			a	Aparelho digestivo (estômago, outros)? Especifique.			
b	Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique.						
c	Pele?						
d	Mama?						
e	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique.						
f	Órgãos genitais masculinos (próstata, outros)? Especifique.						
g	Trato urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique.						
h	Tireóide?						
i	Linfoma?						
j	Leucemia?						
k	Outras localizações? Especifique.						

3		Sofre, sofreu ou foi tratado, de neoplasias benignas?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
			a	Útero (mioma)? (Mulher)			
b	Pele (nevus)?						
c	Outros? (Especifique)						

4		Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças do sangue (anemia, púrpura, outros) ? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4

5		Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças endócrinas e relacionadas?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
			a	Obesidade?			
b	Obesidade mórbida?						
c	Diabetes?						
d	Tireóide?						
e	Emagrecimento acentuado?						
f	Outras? (Especifique)						

6		Sofre, sofreu ou foi tratado, de transtornos psiquiátricos ou mentais? Especifique.	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4

7		Foi internado alguma vez por intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou uso de drogas?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4

Contratante: _____

PROPONENTES				
--------------------	--	--	--	--

8		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças do sistema nervoso?					
<i>a</i>	Parkinson?					
<i>b</i>	Alzheimer?					
<i>c</i>	Epilepsia?					
<i>d</i>	Paralisia cerebral?					
<i>e</i>	Outros? (Especifique)					

9		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças dos olhos e anexos?					
<i>a</i>	Catarata?					
<i>b</i>	Glaucoma?					
<i>c</i>	Estrabismo?					
<i>d</i>	Miopia? (Informar o grau)					
<i>e</i>	Astigmatismo? (Informar o grau)					
<i>f</i>	Hipermetropia? (Informar o grau)					
<i>g</i>	Ceratocone?					
<i>h</i>	Pterígio?					
<i>i</i>	Alterações na retina, presbiopia					
<i>j</i>	Outros? (Especifique)					

10		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças do ouvido, nariz ou garganta?					
<i>a</i>	Labirintite?					
<i>b</i>	Perda de audição?					
<i>b</i>	Diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes?					
<i>c</i>	Problemas de adenóide, tumor, desvio de septo?					
<i>d</i>	Outros? (Especifique)					

11		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças do aparelho circulatório?					
<i>A</i>	Febre reumática?					
<i>B</i>	Hipertensão arterial?					
<i>C</i>	Angina pectoris?					
<i>D</i>	Infarto do miocárdio?					
<i>E</i>	Arritmia cardíaca?					
<i>F</i>	Insuficiência cardíaca?					
<i>G</i>	Acidente vascular cerebral (“derrame”)?					
<i>H</i>	Varizes de membros inferiores?					
<i>I</i>	Hemorróidas?					
<i>J</i>	Outros? (Especifique)					

12		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças do aparelho respiratório?					
<i>a</i>	Rinite?					
<i>b</i>	Sinusite?					
<i>c</i>	Bronquite?					
<i>d</i>	Asma?					
<i>e</i>	Pneumonia?					
<i>f</i>	Enfisema?					
<i>g</i>	Desvio de septo nasal?					
<i>h</i>	Outros? (Especifique)					

Contratante: _____

		PROPONENTES				
13	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças do aparelho digestivo?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
<i>a</i>	Úlcera Péptica?					
<i>b</i>	Gastrite?					
<i>c</i>	Hérnia? (Especifique, local)					
<i>d</i>	Doença diverticular do intestino?					
<i>e</i>	Cirrose hepática?					
<i>f</i>	Colite?					
<i>g</i>	Colelitíase (cálculo da vesícula)?					
<i>h</i>	Outros? (Especifique)					

14	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças da pele? (Especifique o local)	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
<i>a</i>	Verrugas?					
<i>b</i>	“Pintas”?					
<i>c</i>	Quelóide?					
<i>d</i>	“Caroços”?					
<i>e</i>	Xantelasma?					
<i>f</i>	Cistos?					
<i>g</i>	Calos?					
<i>h</i>	Outros?					

15	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças osteomusculares?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
<i>a</i>	Artrite?					
<i>b</i>	Artrose?					
<i>c</i>	Osteoporose?					
<i>d</i>	Reumatismo?					
<i>e</i>	Escoliose?					
<i>f</i>	Hérnia de Disco?					
<i>g</i>	Osteomielite?					
<i>h</i>	Outros? (Especifique)					

16	Sofre, sofreu ou foi tratado, de doenças do aparelho genito urinário?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
<i>a</i>	Insuficiência renal?					
<i>b</i>	Cálculo urinário?					
<i>c</i>	Incontinência urinária (“urina solta”)?					
<i>d</i>	Hiperplasia da próstata? (Homem)					
<i>e</i>	Fimose? (Homem)					
<i>f</i>	Nódulo mamário?					
<i>g</i>	Infertilidade?					
<i>h</i>	Cisto de ovário? (Mulher)					
<i>i</i>	Transtornos menstruais? (Mulher)					
<i>j</i>	Endometriose? (Mulher)					
<i>k</i>	Nefrite?					
<i>i</i>	Outros? (Especifique)					

17	Sofre, sofreu ou foi tratado, de traumatismos e/ou fraturas? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4

Contratante: _____

		PROPONENTES				
18	Sofre, sofreu ou foi tratado, de mal formações congênitas (doenças de nascença)? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
19	Sofre, sofreu ou foi tratado, de seqüelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
20	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
21	Sofre, sofreu ou foi tratado, de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
22	Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
23	Tem indicação firmada ou em avaliação, de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
24	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
25	Especifique o seu peso e de seus dependentes (em kg)	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
26	Especifique a sua altura e de seus dependentes (formato m,cm)	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
27	Qual a sua idade e de seus dependentes?	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4

EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS NAS QUESTÕES ACIMA, DESCREVA, NOS ESPAÇOS ABAIXO, ESPECIFICANDO: NÚMERO DO ITEM, A DOENÇA, SE É UNI OU BILATERAL (CITE O LADO ACOMETIDO, QUANDO FOR ESTE O CASO), PROPONENTE OU DEPENDENTE AO QUAL A DOENÇA SE REFERE (MARCANDO X) E TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA.

Item	Sub item	Especificação	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Tempo da Doença

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

Contratante: _____

DECLARO QUE FUI ORIENTADO POR MÉDICO: () DA OPERADORA () PARTICULAR

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Contratante preencher esta Declaração de Saúde.

Nome Assinatura CRM

() DECLARO QUE DISPENSEI A ORIENTAÇÃO DE UM PROFISSIONAL MÉDICO

Assinatura do beneficiário ou responsável CPF
..... de..... de

Rúbrica Titular Rúbrica D1 Rúbrica D2 Rúbrica D3 Rúbrica D4

Reservado para a Unimed:

Área Médica
Sem restrições: () Sim () Não

Descrições das pré-existências, caso haja:

Descrição	Situação	CID	Data Limite
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....

Observações:
.....
.....
.....
.....
.....

...../...../.....
Data:

Assinatura do médico cooperado:

TERMO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Eu, _____, em razão de ser portadora de doenças ou lesões preexistentes à assinatura do contrato de plano de saúde, de acordo com a declaração de saúde, reconheço que foi oferecida pela UNIMED SÃO JOÃO DEL REI a Cobertura Parcial Temporária (CPT) e estou ciente de que, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, estarão suspensos os procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados às doenças ou lesões preexistentes abaixo discriminadas.

CID	Descrição da doença

São João del Rei, _____ de _____ de _____

Nome do beneficiário: _____

Contratante: _____