

## 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.

**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: <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 - <http://www.ans.gov.br/> - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

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

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

CPF: \_\_\_\_\_

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

Nome legível, assinatura e CPF.

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

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

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

CPF: \_\_\_\_\_

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

Nome legível, assinatura e CPF.

**PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO**

A Declaração de Saúde tem como objetivo registrar todas as informações sobre doenças e lesões pré-existentes de que o proponente seja portador e das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os seus dependentes. Para o preenchimento desta Declaração V.Sª. poderá utilizar um médico credenciado da Agemed para sua orientação, sem qualquer ônus financeiro. A consulta também poderá ser feita com um médico não credenciado da Agemed de sua escolha mas, neste caso, a despesa ficará por sua conta. Os Campos abaixo deverão ser preenchidos com S (Sim) ou N (Não). **Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.**

Item / Respostas do Proponente e Dependentes	Titular	1ºdep	2ºdep	3ºdep	4ºdep	5ºdep
1. Sofre de diabetes? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado, e o período de tratamento.						
2. Sofre de alguma doença endócrina, tal como tireóide, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo da doença, o tratamento realizado e o período do tratamento.						
3. Sofre de câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).						
4. Sofre de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tais como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningite, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
5. Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.						
6. Sofre de hérnia, tais como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.						
7. Sofre de alguma doença cardiovascular, tal como hipertensão arterial, angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.						
8. Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
9. Sofre de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
10. Sofre de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
11. Sofre de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, hérnia de disco, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
12. Sofre de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
13. Sofre de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
14. Sofre de alguma doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
15. Sofre de doença do sangue, tais como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
16. Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.						
17. Sofre de alguma doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lente de contato e o grau de correção necessária.						
18. Sofre de alguma doença ginecológica, tais como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
19. Sofre de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
20. Possui alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.						
21. É portador de varizes? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
22. Tem alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a do acidente/doença e o tipo de seqüela.						
23. Tem indicação de submeter-se a algum tratamento cirúrgico para implante de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
24. Tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.						
25. Tem qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
26. Sofre de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores que o tenha obrigado a se submeter a algum tratamento médico, hospitalar ou afastar-se de suas atividades normais? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.						
27. Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificada						
28. Tem indicação para submeter-se proximadamente a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificadamente.						
29. Sofre de doenças profissionais ou ocupacionais (LER)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.						

