

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 **Agravo**, 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: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Grau de Dependência: Titular Dependente

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que o (a) Sr(a.) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou a qualquer de seus dependentes.
2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.
3. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela Unimed Grande Florianópolis, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assumo o ônus financeiro.
4. Para fins da legislação vigente, em cumprimento ao que determina os incisos I e II do art. 10, da RN nº 162 de 17/10/2007, considera-se:
 - **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.
 - **Agravo** como 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 doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
5. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o (a) Sr (a.) ficará em Cobertura Parcial Temporária (CPT) por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Neste período, haverá 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.
6. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao (a) Sr (a) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até a publicação pela ANS de decisão favorável à operadora, ou seja, confirmando que o (a) Sr (a) omitiu a(s) doença(s) ou lesão (ões) no preenchimento desta declaração. Também não haverá a negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação pelo órgão regulador de decisão confirmando a omissão de doença ou lesão preexistente no preenchimento desta declaração.
7. Sendo o julgamento final favorável à operadora, apenas poderá ser excluído o beneficiário que foi parte no processo administrativo. No caso de o excluído ser o titular, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do plano contratado.
8. Não haverá análise de doença ou lesão preexistente nos seguintes casos:

- Contratos coletivos empresariais com 30 ou mais beneficiários, desde que a vinculação ocorra em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou em até 30 (trinta) dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.
 - Na migração de contratos desta Operadora, anteriores a Lei 9656/98 e em vigência há 5 (cinco) anos ou mais.
 - Na adaptação de contratos desta Operadora, anteriores a Lei nº 9.656/1998 e em vigência há 5 (cinco) anos ou mais.
 - Na adaptação e migração de contratos desta Operadora, nos moldes da Resolução Normativa – RN nº 254, de 5 de maio de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), exceto se o beneficiário estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, devendo continuar cumpri-la no contrato adaptado ou no novo contrato, até o final do prazo estipulado no contrato de origem, limitado em 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de ingresso do beneficiário no contrato de origem, tanto para os procedimentos que já eram pelo contrato de origem cobertos, quanto para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação ou da migração, relacionados à Doença ou Lesão Preexistente que motivou a CPT.
 - Na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.
 - Na portabilidade de carências, nos moldes da Resolução Normativa – RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ressalvado quando o plano destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, ocasião em que poderá ser exigido o preenchimento da Declaração de Saúde com possibilidade de alegação de Doenças e Lesões Preexistentes no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.
9. Em caso de adaptação de contrato serão observadas as condições e prazos estabelecidos nos artigos 3º e 4º da CONSU de nº 4 de 03/11/1998, na forma a seguir:
- Não será passível de cobertura parcial temporária o contrato em vigor há 5(cinco) anos ou mais e os contratos que não possuem cláusula de exclusão de doenças e lesões preexistentes;
 - Os contratos em vigor há menos de 5 (cinco) anos, que possuam cláusula de exclusão de doenças ou lesões preexistentes, são passíveis de cobertura parcial temporária. Os prazos para cobertura parcial temporária obedecerão ao critério de tempo de vigência do contrato à data da sua adaptação na forma a seguir: 1) os contratos com 18 (dezoito) meses ou mais de vigência na data de sua adaptação estarão sujeitos à cobertura parcial temporária por um período máximo de 06 (seis) meses; 2) os contratos com períodos inferiores a 18 (dezoito) meses de vigência na data de sua adaptação estarão sujeitos à cobertura parcial temporária por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência dos contratos.

10. Todas as páginas deverão ser rubricadas.

11. Para cada doença ou lesão listada abaixo, o (a) Sr (a) deverá assinalar NÃO, caso esteja ciente de que não é portador (a) de tal condição, ou SIM caso esteja ciente de que é portador (a) dessa condição. Para todas as respostas SIM, o (a) Sr (a) deverá especificar a condição de que é portador.

Aspectos Gerais:

1. Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

2. Está fazendo algum tratamento médico? Sim Não

Especifique a doença, o tratamento, a localização, e desde quando: _____

3. Possui alguma sequela de cirurgia, doença congênita ou faz uso de prótese, implante ou órtese (placa parafuso, fio, tela, silicone, etc)? Sim Não

Especifique a doença e há quantotempo: _____

4. Sofre de alguma doença Neoplásica (CÂNCER?) ou infecto contagiosa (HIV, Tuberculose etc)? Sim Não

Especifique a doença e há quantotempo: _____

5. Sofre de alguma doença Respiratória (asma, bronquite, enfisema, desvio septo, sinusite, rinite etc) ou Cardiovascular (Hipertensão, Cardiopatia, Valvulopatia, Arritmias, Varizes etc)? Sim Não

Especifique a sequela, a localização e desde quando: _____

6. Sofre de algum problema Osteomuscular (coluna, articulações, ossos, tendões, ligamentos etc) ou alterações de Arcada Dentária (má-oclusão, macro/micro/pro/retrognatismo etc)? Sim Não

Especifique a sequela, a localização e desde quando: _____

7. Sofre de alguma doença do aparelho Auditivo (otite, surdez, labirintite etc) ou doença da Visão/ uso de óculos (catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, presbiopia, astigmatismo, estrabismo etc)?

Especifique a doença e desde quando: Sim Não

8. Sofre de algum problema no aparelho Digestivo (gastrite, hepatite, diverticulite, hemorróida, etc) ou Genito-Urinário (endometriose, cisto, problemas renais, próstata etc)? Sim Não

Especifique a doença e desde quando: _____

9. Sofre de algum problema Endócrino (diabetes, hipo/hipertireoidismo, desnutrição, obesidade, colesterol, nódulos tireóide etc), Neurológico (epilepsia, Alzheimer, Parkinson, sequela AVC, apnéia sono etc) ou Psiquiátrica (depressão, alcoolismo, drogas etc)? Sim Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: _____

10. Sofre de Hiperidrose (suor excessivo), doenças da pele ou do sangue (anemia, leucemia, hemofilias etc) ou alérgicas? Sim Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando: _____
_____.

11. Possui algum nódulo ou cisto no corpo? (cite a localização)? Sim Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando: _____
_____.

12. Alguma outra doença? Alguma observação/informação sobre a sua saúde? Sim Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando: _____
_____.

13. Possui histórico de alguma das doenças citadas nas perguntas anteriores, bem como algum tratamento cirúrgico prévio? Sim Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando: _____
_____.

Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o consumidor entenda importante registrar. **Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores, que o (a) Sr(a.) considere importante registrar.**

Quanto à orientação médica para o preenchimento desta Declaração de Saúde, declaro que optei:

Ser orientado (a) por médico (a) designado (a) pela Unimed Grande Florianópolis.
Dr. (a.) _____ CRM/SC _____

Ser orientado (a) por médico (a) de minha escolha.
Dr. (a.) _____ CRM/SC _____

Dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Declaração:

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a Unimed grande Florianópolis considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de **Doenças ou Lesões Preexistentes** das quais saiba ser portador

(a) no momento do preenchimento desta **Declaração de Saúde**, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizada com o tratamento ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Unimed Grande Florianópolis alegando a existência de **Doença ou Lesão Preexistente** não declarada.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas neste documento são verdadeiras e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Assinatura do Beneficiário ou responsável legal

Nome do Beneficiário _____

CPF do Beneficiário _____

DATA: ____ / ____ / ____