

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 de 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 dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas 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 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 de 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 de 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: _____

CPF: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____ / _____ / _____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Nº 098137



 Consultor e / ou Empresa

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE
ENTREVISTA QUALIFICADA**

 Nome do Beneficiário Proponente

 Data de Nascimento

 Nome do Responsável

(caso o Beneficiário Proponente seja menor de 18 anos)

 RG do Beneficiário Proponente ou Responsável

 CPF

 Sexo

 Peso

 Altura

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1 No preenchimento desta Declaração de Saúde o Beneficiário Proponente ou Responsável tem o direito a ser orientado, sem ônus financeiro, por um Médico da Avaliação prévia da UNIMED MACEIÓ. Caso deseje ser orientado por um médico de sua escolha não pertencente a Unimed, deverá arcar com o ônus financeiro desta opção;
- 2 Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes que o consumidor seja portador ou sofredor, e das que tenha conhecimento no momento da contratação, em relação a si e todos seus dependentes;
- 3 Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas duas opções:
 A) Cobertura Parcial Temporária - o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses estabelecido em contrato, conforme as definições da ANS Agência Nacional de Saúde.
 B) Agravo - acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais;
- 4 Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO;**
- 5 A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doenças ou lesão preexistente não declarada.

O preenchimento deste formulário será efetuado pelo Beneficiário Proponente ou Responsável de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio do médico auditor.

**Caso a resposta seja afirmativa especifique no quadro
descritivo na página seguinte**

Item	TEM ou TEVE:	SIM	NÃO
101	Doenças do aparelho cárdio-circulatório (pressão alta, angina, infarto, derrames, entre outros)?		
102	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfisema, entre outros)?		
103	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade, entre outros)?		
104	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorróidas, aneurisma, entre outras)?		
105	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)?		
106	Doenças do aparelho digestivo (boca, esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, entre outras)?		
107	Doenças renais ou da bexiga (cálculos, cistite, nefrites, entre outras)?		
108	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis, entre Outras)?		

ENTREVISTA QUALIFICADA

- A** Declaro que fui orientado por médico referenciado da UNIMED Maceió no preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- B** Declaro que fui orientado pelo meu médico particular no preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- C** Declaro Ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde acima e que dispensei orientação médica para responder às mesmas assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

NOME DO BENEFICIÁRIO PROPONENTE

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL

Testemunha 01

Caso o Beneficiário Proponente seja não alfabetizado

Testemunha 02

Caso o Beneficiário Proponente seja não alfabetizado

_____, ____/____/____

Declaro que na presente data compareci à UNIMED MACEIÓ para entrevista Qualificada e orientação para preenchimento da Declaração de Saúde, sob a assistência de profissional médico, na qual assumo inteira responsabilidade quanto as minhas informações e plenamente esclarecido que estarei sujeito à Cobertura Parcial Temporária das doenças preexistentes detectadas e que estou ciente de que declarações não verdadeiras, incompletas ou qualquer omissão caracterizam comportamento fraudulento, sujeitando-me às penalidades cabíveis na forma da lei.

Maceió, ____/____/____

Assinatura do Beneficiário Proponente ou Responsável por menor de 18 anos

Médico Auditor

Declaro que prestei orientações necessárias para o(a) proponente preencher de próprio punho esta Declaração.

Ass. e Carimbo do Médico Auditor

