

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

CNPJ: 19.878.404/0001-00

Nº da Proposta de Adesão:

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.

Assinatura do beneficiário Titular: _____



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO (ANEXO DA RN Nº 162)

CNPJ: 19.878.404/0001-00
 Nº da Proposta de Adesão:

ANS - nº 33.995-4

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: _____
Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____ / ____ / _____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. No preenchimento desta declaração, o(a) Sr(a) tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
2. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
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 definido pela ANS 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 a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
5. Em caso de adaptação de contratos, de acordo com a Resolução nº 4, artigos 3 e 4 de novembro de 1998, do CONSU, os associados que, na data da adaptação, possuem contratos em vigor há 5 (cinco) anos ou mais não estão sujeitos ao cumprimento do período de cobertura parcial temporária. Os contratos com período de vigência igual ou superior a 18 (dezoito) meses e menor que 5 (cinco) anos cumprirão período de cobertura parcial temporária de 6 (seis) meses, conforme estabelecido no item 3. Os contratos com períodos inferiores a 18 (dezoito) meses de vigência cumprirão período de cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses.
6. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a) Sr(a) 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 doença ou lesão preexistente não declarada.

Nenhuma cobertura poderá ser negada ao(a) Sr(a) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o(a) Sr(a) omitiu as doenças ou lesões no preenchimento desta declaração.

ATÉ DECISÃO DA ANS, NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

7. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CNPJ: 19.878.404/0001-00

Nº da Proposta de Adesão:

Plano	Nº de registro
Beneficiário	Data de nascimento ____/____/____

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido Plano de Saúde. Para qualquer resposta afirmativa, esclarecer no campo destinado às observações.

PERGUNTAS			
1	Encontra-se atualmente em tratamento por algum motivo? Qual? (pressão alta, diabetes, problema na tireóide, câncer, etc.)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
2	Nasceu com algum problema de saúde? Qual?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
3	Já foi operado alguma vez? Por quê? Apresenta alguma sequela?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
4	Já foi submetido a alguma transfusão de sangue? Há quanto tempo?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
5	Tem ou teve doença do sangue? (anemia, hemofilia, leucemia, linfoma, purpura ou outra)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
6	Tem diabetes? Hipoglicemia? Problema na tireóide?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
7	Tem algum problema ginecológico? (mioma, pólipos, adenomiose, endometriose, cisto de ovário ou outro)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
8	Apresenta alguma doença de vias urinárias como incontinência (perda de urina) por tosse, espirro ou esforço?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
9	Tem ou teve doença congênita desde que nasceu? (ossos, coração, cérebro) Alguma síndrome? (Down, outra)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
10	Tem ou teve câncer? (mama, fígado, intestino, próstata, pulmão, útero, fígado ou outro)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
11	Já engravidou alguma vez? Em caso negativo, já fez ou está fazendo algum tratamento para engravidar?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CNPJ: 19.878.404/0001-00

Nº da Proposta de Adesão:

PERGUNTAS			
12	Quantas gestações já teve? Teve algum problema em uma das gestações? (diabetes, pré-eclâmpsia)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
		Cesariana <input type="checkbox"/> Parto normal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>	
13	Usa ou usou alguma prótese, ou órtese? (de ouvido, marcapasso, stent no coração ou outra)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
14	Tem algum problema nas mamas? (nódulo, cisto ou aumento de volume)	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
15	Tem problema na próstata, de impotência, fimose, ou alguma doença nos órgãos genitais?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
16	Sofre de alguma doença das articulações, como Artrose, Tendinite, luxação, lesões de ligamentos, fraturas, gota ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
17	Sofre de alguma doença dos rins, como: Calculose, nefrite, Insuficiência Renal, tem necessidade de transplante de rim ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
18	Já teve diagnóstico de alguma doença dos olhos, como Catarata, Estrabismo, Glaucoma, lesão de córnea, Miopia, Hipermetropia, Astigmatismo, Presbiopia, necessidade de transplante de córnea, descolamento de retina ou toxoplasmose.	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
19	Já teve diagnóstico de doenças, como: Colagenose, Lúpus, Esclerodermia, Polidermatomiosite, Artrite Reumatóide, vasculites ou outras?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
20	Sofre de alguma doença da Coluna, como: Cervical, Dorsal, Lombo-sacra e Coccígea, hérnia de disco, problemas no nervo ciático ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
21	Sofre de alguma doença das Artérias, como: aneurisma, obstruções das artérias ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
22	Tem varizes nas pernas? Úlceras varicosas, pequenos vasos, hemorróidas ou trombose nas pernas?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
23	Sofre de doenças cardiovasculares (angina, risco de infarto, vascular, arritmias, doença das valvas, miocardite ou outra)? Já fez cateterismo?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CNPJ: 19.878.404/0001-00
Nº da Proposta de Adesão:

Fundação São Francisco Xavier
FSFX
ANS - nº 33.995-4

PERGUNTAS			
24	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como: Cirrose Hepática, Hepatite, Calculose de Vesícula, Pancreatite, Enterites, Colites, Gastrites, Úlceras, Hemorroidas, hérnia de hiato, diverticulite, pólipos, doença de Crohn ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
25	Sofre de alguma doença dos ouvidos, nariz ou garganta como: surdez, otite crônica, desvio de septo nasal, pólipos de cordas vocais, labirintite, sinusite, rinite ou amigdalite de repetição?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
26	Sofre de alguma doença do sistema nervoso, como: Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer, epilepsia, AVC (com ou sem seqüela), tumores, paralisia, meningite, convulsões ou outras?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
28	Sofre de alguma doença dos ossos, como: Osteoporose, seqüelas de Fraturas ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
29	Sofre de alguma doença dos pulmões, como: bronquite crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra? E doenças respiratórias como sinusite, aumento das adenóides, desvio do septo, doença do ronco ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
30	Sofre de algum tipo de hérnia, como: Inguinal, de Hiato, Umbilical, Incisional, Epigástrica ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
31	Sofre de alguma doença de pele, como: tumores, manchas ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
32	Sofre de alguma deficiência física por Malformação Congênita, acidente ou doença?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
33	Sofre de alguma doença muscular, como Miastenia Gravis ou outra?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
34	Sofre de alguma doença das glândulas endócrinas, como: Tireóide, Paratireóide, Hipófise, supra-renal, bócio ou nódulo na tireóide.	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
36	Sofre de alguma doença psiquiátrica, como: depressão, anorexia, bulimia, síndrome do pânico, esquizofrenia, psicoses, neuroses?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:
37	Sofre de alguma doença, fez ou está fazendo tratamento não especificado acima que possa alterar o preenchimento desta Declaração de Saúde?	Escreva SIM ou NÃO	Especificar:

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CNPJ: 19.878.404/0001-00

Nº da Proposta de Adesão:

INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

Informe seu peso atual (kg): _____ Informe sua altura (m): _____ IMC = _____

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 preenchimento desta declaração de Saúde, declaro que optei por:

() 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.

() ser orientado (a) por médico (a) designado (a) pela Usisaúde,

Dr(a) _____ CRMMG _____ Assinatura _____

() ser orientado (a) por médico (a) de minha escolha,

Dr(a) _____ CRMMG _____ Assinatura _____

CONSIDERAÇÕES DA OPERADORA

Local e data ____/____/____ Assinatura _____

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações são a expressão da verdade e assumo a responsabilidade por todas as informações feitas, podendo a Usisaúde considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas e poderá solicitar esclarecimentos sobre os registros. 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. Nesse caso, serei 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 Usisaúde alegando a presença de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

Em caso de identificação de doença ou lesão preexistente, estou de acordo com a aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

Local e data:	Assinatura do beneficiário ou representante legal
	CPF: