

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 **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, 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: 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**.

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Intermediário

Nome _____

Nome _____

CPF _____

CPF _____

_____/_____/_____
(local)

_____/_____/_____
(data)

_____/_____/_____
(local)

_____/_____/_____
(data)

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Grau de Parentesco: Titular Esposo (a) Companheiro (a)
 Filho (a) Enteado (a) Outros (as): _____

Instruções Gerais:

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**; 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 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.
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. Sofre de alguma doença ocupacional? (LER, DORT, lombalgia, hérnia, artrose, pneumoconiose, outras).
Especifique a doença, a localização e desde quando: Sim Não

4. Está aposentado por motivo de doença? Sim Não
Especifique a doença e há quantotempo: _____
5. Está afastado do trabalho ou do serviço por motivo de doença? Sim Não
Especifique a doença e há quantotempo: _____
6. Sofre de alguma sequela decorrente de Acidente de Trabalho? Sim Não
Especifique a sequela, a localização e desde quando: _____

7. Sofre de alguma sequela decorrente de cirurgia? Sim Não
Especifique a sequela, a localização e desde quando: _____

8. Sofre de alguma doença congênita? (Síndrome de Down, máformações, outras). Sim Não
Especifique a doença e desde quando: _____

9. Sofre de alguma doença respiratória? (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite, rinite, outras). Sim Não
Especifique a doença e desde quando: _____

10. Sofre de alguma doença cardiovascular? (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras). Sim Não
Especifique a doença, a localização e desde quando: _____

11. Sofre de alguma doença osteomuscular e tecido conjuntivo? (hérnia disco, osteoporose, lesão de menisco e ou ligamentos, bursite, artrites, artroses, gota, lúpus, tenossinovites, escoliose, lordose, outras). Sim Não

12. Sofre de alguma doença do aparelho auditivo? (surdez, otites, labirintite, outros). Sim Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando: _____

13. Sofre de alguma doença da visão? (miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo, catarata, ceratocone, retinopatia, cegueira, outras). Sim Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando: _____

Em caso de miopia, hipermetropia e astigmatismo informar o grau:

Olho direito _____ **Olho esquerdo** _____

14. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? (gastrite, úlcera, colite, cirrose, hepática, hepatite, hérnia, pancreatite, doença da vesícula biliar, hemorroidas, diverticulite, outras). Sim Não

Especifique a doença e desde quando: _____

15. Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? (cólica renal, insuficiência renal, doenças de próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, outros). Sim Não

Especifique a doença e desde quando: _____

16. Sofre de alguma doença neurológica? (enxaqueca, mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, tumores, paralisia, sequela de derrame, outras). Sim Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: _____

17. Sofre de alguma doença endócrina? (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade, outras). Sim Não

Especifique a doença e desde quando: _____

18. Sofre de alguma doença infecto contagiosa? (AIDS – inclusive portador de HIV, malária, tuberculose, doenças venéreas, outras). Sim Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: _____

19. Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química? (psicose, depressão, alcoolismo, uso de outras drogas). Sim Não

Especifique a doença e desde quando: _____

20. Sofre de doença neoplásica? (câncer) Sim Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: _____.

21. Sofre de doença do sangue? (anemia, leucemia, hemofilia, outros). Sim Não

Especifique a doença e desde quando: _____.

_____.

22. Sofre de alguma doença de pele (nevus, sinais, outros) ou alérgicas, urticárias (outras)?

Especifique a doença, a localização e desde quando: Sim Não

_____.

23. Sofre de distúrbio do sono ou apneia do sono? Sim Não

Especifique qual e desde quando: _____.

24. Sofre de hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais). Sim Não

Especifique a localização e desde quando: _____.

25. Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias (má-oclusão, macrognatismo, micrognatismo, prognatismo, retrognatismo, outros?). Sim Não

Especifique qual e desde quando: _____.

_____.

26. Faz uso de prótese (s), órtese (s) (pino, parafuso, placa, fios, silicone, outros). Sim Não

Especifique qual a doença, a localização e desde quando: _____.

_____ **Estético?** Sim Não

27. Sofre de alguma outra doença não descrita nesta declaração? Sim Não

Especifique: _____.

_____.

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 _____

CPF _____

DATA: ____ / ____ / ____

Declaro que orientei o (a.) Sr (a.) _____
no preenchimento da Declaração de Saúde.

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

Data: ____ / ____ / ____

PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:

Sem DLP

Com DLP e sem necessidade de perícia médica

Com necessidade de perícia médica

Com DLP e com necessidade de perícia médica

Informar o CID e/ou código dos procedimentos da DLP e outras observações:

IMC DO BENEFICIÁRIO: _____

Assinatura e Carimbo do Médico Avaliador

Data: ____ / ____ / ____

PERÍCIA MÉDICA

Anamnese / Exame físico:

Exames complementares solicitados:

Código:	Descrição do procedimento	Quantidade

Médico Perito (Assinatura e Carimbo)

Data da perícia: ____ / ____ / ____

RETORNO

Resultado de Exames: _____

Parecer Final: _____

Médico Perito
(Assinatura e Carimbo)

Data: ____ / ____ / ____

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica:

Assinatura do Beneficiário ou responsável legal

Nome _____

CPF _____

Data: ____ / ____ / ____