

## ANEXO

### 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 Agravio, 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 à 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](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 - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

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

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

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

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

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

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

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

EMPRESA: \_\_\_\_\_ CONTRATO N° \_\_\_\_\_

Funcionário (a) Titular: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dependente 1: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dependente 2: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dependente 3: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dependente 4: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROPONENTES**

Item	Sub Item	Responda as questões abaixo, assinalando com <b>S</b> para respostas Afirmativas e <b>N</b> para Negativas.	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
1	<b>Sofre (u) de alguma doença infecciosa ou parasitária como:</b>						
	a	Tuberculose?					
	b	Hepatite? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	c	AIDS ou é portador do vírus HIV?					
	d	Meningite?					
	e	Hanseníase?					
2	<b>Sofre (u) de neoplasias malignas (câncer)?</b>						
	a	Aparelho Digestivo (estômago, intestino, colo, outros)? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	b	Aparelho Respiratório (pulmão, outros)? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	c	Pele? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	d	Mama? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	e	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	f	Órgãos genitais masculinos (próstata, outros)? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	g	Trato urinário (rins, bexiga, outros)? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	h	Tireoide? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	i	Linfoma? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
	j	Leucemia? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
3	<b>Sofre (u) de neoplasias benignas?</b>						
	a	Útero (mioma)? (Mulher)					
	b	Pele (Nevus)?					
	c	Outros? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					

Assinatura do (a) Funcionário (a)

4	<b>Sofre (u) de doenças do sangue (anemia, púrpura, hemofilia, talassemia, outros)?</b>						
	<b>Especificar no final desta declaração.</b>						
5	<b>Sofre (u) de Doenças Endócrinas?</b>						
	a	Diabetes?					
	b	Tireoide?					
	c	Paratireoide					
	d	Hipófise					
	e	Suprarrenais					
	f	Emagrecimento acentuado?					
	g	Obesidade?					
6	<b>Sofre (u) de transtornos psiquiátricos ou mentais? Especificar no final do questionário.</b>						
	a	Psicose?					
	b	Esquizofrenia?					
	c	Neurose?					
	d	Depressão?					
7	<b>Apresenta algum tipo de dependência química?</b>						
	a	Álcool?					
	b	Fumo?					
	c	Drogas?					
8	<b>Sofre (u) de doenças do Sistema Nervoso?</b>						
	d	Outras?					
	a	Autismo? Síndrome de Asperge?					
	b	Síndrome de Asperge?					
	c	Parkinson?					
	d	Alzheimer?					
	e	Epilepsia?					
	f	Distúrbio do desenvolvimento neuropsicomotor?					
	g	Algum tipo de Paralisia?					
	h	Esclerose Múltipla?					
i	Lúpus?						
j	Outras? (Especifique: manchas, sinais ou outras)						
		<b>Especificar no final desta declaração.</b>					

Assinatura do (a) Funcionário (a)

		Sofre (u) de doenças dos olhos e anexos?				
9	a	Catarata?				
	b	Glaucoma				
	c	Ceratocone?				
	d	Miopia? <b>Informar o grau no final desta declaração</b>				
	e	Astigmatismo? <b>Informar o grau no final desta declaração</b>				
	f	hipermetropia? <b>Informar o grau no final desta declaração</b>				
	g	Pterígio				
	h	Estrabismo				
	j	Doenças da retina?				
	k	Outras? <b>Especificar no final desta declaração.</b>				
		Sofre (u) de doenças do ouvido?				
10	a	Labirintite?				
	b	Perda Auditiva? <b>Especificar no final desta declaração.</b>				
	c	Perfuração do tímpano?				
	d	Outras? <b>Especificar no final desta declaração.</b>				
		Sofre (u) de doenças do Aparelho Cárdio Circulatório?				
11	a	Febre reumática?				
	b	Hipertensão arterial (pressão alta)?				
	c	Angina pectoris?				
	d	Infarto do miocárdio?				
	e	Arritmia cardíaca?				
	f	Insuficiência cardíaca?				
	g	Doenças nas válvulas do coração				
	h	Acidente Vascular Cerebral ("derrame")?				
	i	Aneurisma?				
	j	Varizes de membros inferiores?				
	k	Hemorroidas?				
	l	Má formação congênita no coração				
	m	Má formação congênita em artérias ou veias				
	n	Outras? Sopros no coração, doenças de artérias, doenças nas veias, doença nos vasos linfáticos. <b>Especificar no final desta declaração.</b>				

Assinatura do (a) Funcionário (a)

		Sofre (u) de doenças do Aparelho Respiratório?					
12	a	Rinite?					
	b	Sinusite?					
	c	Bronquite?					
	d	Asma?					
	e	Pneumonia?					
	f	Enfisema?					
	g	Desvio de septo nasal?					
	h	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC?					
	i	Outras doenças? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
		Sofre (u) de doenças do aparelho digestivo?					
13	a	Úlcera do estômago ou duodeno?					
	b	Gastrite?					
	c	Hérnia? <b>Especificar o local da hérnia no final desta declaração.</b>					
	d	Doença divertículo do intestino?					
	e	Doenças do Fígado? Hepatite? Cirrose ou outros					
	f	Colite?					
	g	Pâncreas? Pancreatite?					
	h	Cole litíase (cálculo ou pedra da vesícula)?					
	i	Outras doenças? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
		Sofre (u) de doenças da pele? (Especifique o local)					
14	a	Verrugas?					
	b	“Pintas”?					
	c	Queloides?					
	d	“Caroços” ou tumores?					
	e	Xantelasma?					
	f	Cistos?					
	g	Calos?					
	h	Psoríase?					
	i	Vitiligo					
	j	Alergias					
	k	Manchas, sinais ou cicatrizes?					
l	Outras? <b>Especificar no final desta declaração.</b>						

Assinatura do (a) Funcionário (a)

		Sofre (u) de doenças osteomuscular?					
15	a	Artrite?					
	b	Artrose?					
	c	Osteoporose?					
	d	Reumatismo?					
	e	Escoliose ou outro desvio de coluna?					
	f	Hérnia de Disco/Protrusão?					
	g	Doença do nervo ciático					
	h	Osteomielite?					
	i	Outras? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
		Sofre (u) de doenças do aparelho genito urinário?					
16	a	Insuficiência renal?					
	b	Cálculo urinário?					
	c	Incontinência urinária (“urina solta”)?					
	d	Nefrite?					
	e	Nefrose?					
	f	Hiperplasia da próstata? (Homem)					
	g	Doenças dos testículos?					
	h	Varicocele?					
	i	Fimose? Outras doenças do pênis (Homem)					
	j	Nódulo mamário? (Mulher)					
	k	Infertilidade (esterilidade)?					
	l	Cisto de ovário? (Mulher)					
	m	Transtornos menstruais? (Mulher)					
	n	Endometriose? (Mulher)					
o	Mioma?						
p	Outras? <b>Especificar no final desta declaração.</b>						
17	Sofre (u) de problemas nos dentes ou boca? <b>Especificar no final desta declaração</b>						
18	Usou ou usa aparelho ortodôntico nos dentes? <b>Especificar no final desta declaração</b>						
19	Sofre (u) de problemas na articulação temporomandibular (ATM)? <b>Especificar no final desta declaração</b>						
20	Sofre (u) de problemas no queixo: mirognatia (queixo pequeno) ou prognatismo (queixo para frente)? <b>Especificar no final desta declaração</b>						

Assinatura do (a) Funcionário (a)

21	Sofre (u) de traumatismos e/ou fraturas? <b>Especificar no final desta declaração</b>					
22	Sofre (u) de má formação congênita (doenças de nascença)? <b>Especificar no final desta declaração</b>					
23	Sofre de sequelas de acidentes, moléstia adquirida, doenças ou má formação congênitas? <b>Especificar no final desta declaração</b>					
24	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Teve alguma sequela? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
25	Sofre (u) de alguma doença, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
26	Já foi submetida à radioterapia, quimioterapia ou braquioterapia? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
27	Já foi submetida à hemodiálise ou diálise peritoneal? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
28	Tem indicação de submeter-se algum tipo de cirurgia ou Transplante? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
29	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros materiais implantados)? <b>Especificar no final desta declaração.</b>					
30	<b>Algum dos ascendentes diretos (pais e avós) sofre (u) de qualquer doença abaixo?</b>					
	a	Hipertensão arterial?				
	b	Diabetes?				
	c	Doença cardíaca?				
	d	Doença vascular/circulatória?				
	e	Doença pulmonar?				
	f	Doença digestiva?				
	g	Doença renal?				
	h	Doença neurológica?				
	i	Doença mental ou psiquiátrica?				
j	Câncer?					
31	<b>Especifique o seu peso e de seus dependentes (Em kg, despreze as frações)</b>					
32	<b>Especifique a sua altura e de seus dependentes (Formato M, Cm)</b>					
33	<b>Qual a sua idade e de seus dependentes?</b>					
34	<b>IMC (colocado pelo Auditor Medico)</b>					

Assinatura do (a) Funcionário (a)



Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, onde se perguntou sobre a existência e doença, indique abaixo o item, subitem, proponente, especificação e período da doença.

Item	Subitem	Proponente	Especificação	Período da doença

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura do (a) Funcionário (a)

**DECLARAÇÃO - opcional**

Declaro para os devidos fins, que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos com cirurgia, uso de leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligados às doenças ou lesões preexistentes.

Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar a UNIMED às informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e dos meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou seus cooperados, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

- ( ) Optei por ser orientado por um médico indicado pela operadora.
- ( ) Optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.
- ( ) Dispensei a presença de um médico orientador.

Guaratinguetá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) funcionário (a)