

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 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, 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: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

	FORMULÁRIO			POP
	DECLARAÇÃO DE SAÚDE			FOR-COM-01
	Data de Emissão: 10/06/2019	Data da Revisão: 06/06/2022	Número da Revisão: 01	Página: 2 de 7
Aplicação:	COMERCIAL			

DEFINIÇÕES E ESCLARECIMENTOS:

Esta Declaração de Saúde foi elaborada conforme o disposto na Resolução Normativa – RN/ANS n° 162/07.

- A carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento, e sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor ao preenchimento dessa Declaração de Saúde.
- A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, de acordo com disposto no art. 11 da Lei n° 9.656/98.
- Para o preenchimento desta Declaração de Saúde o consumidor tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico indicado pelo CÍRCULO, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o beneficiário deverá cumprir Cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é aquela que admite por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou da adesão ao plano de 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.
- O oferecimento de Agravo, acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada após o cumprimento dos períodos de carência contratual, em alternativa ao cumprimento de Cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT) é facultado às Operadoras, e não é disponibilizado pelo CÍRCULO.
- A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento do preenchimento desta declaração, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

- A presente Declaração de Saúde deverá ser preenchida exclusivamente pelo próprio beneficiário, titular e beneficiário dependente, salvo quando se tratar de beneficiário menor de idade ou incapaz (incapacidade devidamente comprovada).
- Para beneficiários menores de 18 anos, a Declaração de Saúde será integralmente preenchida e assinada por seu representante legal.
- Para responder as perguntas, preencha corretamente o *checkbox* (quadrado) ao lado da doença e/ou lesão que saiba ser portador com “sim” ou “não”.
- Todas as perguntas devem ser respondidas.
- NÃO SERÃO ACEITAS DECLARAÇÕES DE SAÚDE QUE CONTENHAM RASURAS OU UTILIZAÇÃO DE CORRETIVO NAS RESPOSTAS.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

Nome do Beneficiário (completo e sem abreviações): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Nome do Titular do Plano: _____

Grau de Parentesco: () Titular () Espos(a) () Companheiro(a) () Filho(a) () Outros: _____

Nome da Empresa/Entidade: _____

RÚBRICA: _____

	FORMULÁRIO			POP
	DECLARAÇÃO DE SAÚDE			FOR-COM-01
	Data de Emissão: 10/06/2019	Data da Revisão: 06/06/2022	Número da Revisão: 01	Página: 3 de 7
Aplicação:	COMERCIAL			

RESPONDA "SIM" OU "NÃO" POR EXTENSO

VOCÊ JÁ TEVE OU TEM ALGUMA DOENÇA ABAIXO RELACIONADA?		SIM / NÃO
1	DO APARELHO DIGESTIVO (ESÔFAGO, ESTÔMAGO, INTESTINO, FÍGADO, VESÍCULA): GASTRITE, ÚLCERA, REFLUXO, PEDRA NA VESÍCULA BILIAR OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
2	ORTOPÉDICA: HÉRNIA DE DISCO, OSTEOPOROSE, REUMATISMO, FRATURAS OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
3	NEUROLÓGICA: MAL DE PARKINSON, DOENÇA DE ALZHEIMER, EPILEPSIA, DERRAME CEREBRAL OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
4	DOENÇA OU MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA OU HEREDITÁRIA? Especifique a doença e desde quando:	
5	DOENÇA OU DEFICIÊNCIA DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS: VISÃO (CATARATA, MIOPIA, GLAUCOMA, ESTRABISMO, ASTIGMATISMO), AUDIÇÃO OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
6	CARDÍACA OU CIRCULATÓRIA: ARITIMIA, SOPRO CARDÍACO, PRESSÃO ALTA, INFARTO OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
7	RESPIRATÓRIA: BRONQUITE, ASMA, ENFISEMA, TUBERCULOSE OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
8	URINÁRIAS (RINS, BEXIGA, URETRA, PRÓSTATA): INSUFICIÊNCIA OU CÁLCULO RENAL, INCONTINÊNCIA URINÁRIA, OU DOS ÓRGÃOS SEXUAIS? Especifique a doença e desde quando:	
9	DOENÇA NO SANGUE: LEUCEMIA, HEMOFILIA, ANEMIA OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
10	ENDÓCRINAS OU GLANDULARES: DIABETES, DOENÇAS DE TIREÓIDES, OBESIDADE OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
11	DOENÇA OU TRANSTORNO MENTAIS OU PSIQUIÁTRICOS, DEPENDÊNCIA QUÍMICA (ÁLCOOL, DROGAS, ETC.), DEPRESSÃO, ANSIEDADE OU OUTRAS? Especifique a doença e desde quando:	
12	GINECOLÓGICA (ENDOMETRIOSE, CISTO DE OVÁRIO, MIOMA etc.), DOENÇA NAS MAMAS OU SEESTÁ GRÁVIDA (SE ESTIVER, DE QUANTOS MESES)? Especifique a doença e desde quando:	
13	NEOPLÁSICA: TUMORES MALIGNOS (CÂNCER) OU BENIGNOS? Especifique a doença e desde quando:	
14	JÁ FEZ QUIMIOTERAPIA OU RADIOTERAPIA? Especifique a doença e desde quando:	

RÚBRICA: _____

	FORMULÁRIO			POP
	DECLARAÇÃO DE SAÚDE			FOR-COM-01
	Data de Emissão: 10/06/2019	Data da Revisão: 06/06/2022	Número da Revisão: 01	Página: 4 de 7
Aplicação:	COMERCIAL			

15	DOENÇAS DE PELE? Especifique a doença e desde quando:	
16	SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) OU PORTADOR DE VÍRUS HIV? Especifique a doença e desde quando:	
17	HÉRNIAS (NA VIRILHA, UMBIGO OU OUTRAS)? Especifique a doença e desde quando:	
18	VARIZES, TROMBOSE (ENTUPIMENTO DAS VEIAS), FLEBITE (INFLAMAÇÃO DAS VEIAS)? Especifique a doença e desde quando:	
19	SEQUELAS FÍSICAS DEPOIS DE CIRURGIAS OU FRATURAS? Especifique a doença e desde quando:	
20	POSSUI ALGUM TIPO DE PRÓTESE OU ÓRTESE (PLACAS, PINOS, PARAFUSOS, STENT, MARCA-PASSO, VÁLVULA E OUTRO) Especifique a doença e desde quando:	
21	VOCÊ JÁ FOI SUBMETIDO OU TEM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CLÍNICO? Especifique:	
22	VOCÊ JÁ FOI SUBMETIDO A CIRURGIA E/OU INTERNAÇÃO? Especifique a doença e quando:	
23	NECESSITA FAZER ALGUMA CIRURGIA? Especifique a doença:	

Observações:

RÚBRICA: _____

