

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 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 - 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 /Titular

Local Data _____, _____/_____/_____

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local Data _____, _____/_____/_____

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

SAC 0800 41 4554
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº 162 de 17/10/2007 e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- 1- A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.
- 2- O presente documento possui um total de 05(cinco) páginas, divididas em 05 (cinco) partes ou seções. As partes I, III e IV são de uso exclusivo da Unimed. Cabe ao proponente o preenchimento da Parte II – Informação sobre Saúde, exceto o campo em negrito destinado ao médico orientador. É obrigatório que todas as questões sejam respondidas. Quando necessário, a Parte V – Declaração de Ciência da Cobertura Parcial Temporária deverá ser preenchida pela Unimed, mediante informações obtidas com o médico auditor. Porém, o proponente deve tomar conhecimento do seu conteúdo e assiná-la.
- 3- Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo próprio consumidor proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador.
- 4- No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.
- 5- Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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.
- 6- Agravo é 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.
- 7- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.**
- 8- Após avaliação da Declaração de Saúde, a UNIMED poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela UNIMED.
- 9- Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da UNIMED:
 - a) Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e
 - b) Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

(Para uso exclusivo da Unimed)

Nome do Contratante/Titular _____

Nome do Plano: _____

Nº Registro: _____

Tipo do Plano: _____

Nº Proposta de Adesão: _____

SAC 0800 41 4554
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

PARTE II - INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- () Sim, médico da Unimed. () Sim, médico particular de minha escolha. () Não

IMPORTANTE: Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que 'o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador'. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

Nome		Peso	Altura	Idade			
Titular:							
Dependente 1:							
Dependente 2:							
Dependente 3:							
Dependente 4:							
Dependente 5:							
Item	O proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S(sim) N(não).	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
1	Já é beneficiário Unimed.						
2	É beneficiário de outro Plano de Saúde.						
3	Goza de boa saúde no momento.						
4	Está em plena atividade de serviço.						
5	Está afastado do trabalho por doença.						
6	Está fazendo algum tratamento médico.						
7	Possui alguma anomalia, lesão ou doença congênita (de nascimento).						
8	Sofre de alguma doença de <u>pele ou alérgicas</u> (rinite, urticária, outras).						
9	Sofre de alguma doença <u>respiratória</u> (falta de ar, asma, bronquite, enfisema desvio de septo, obstrução nasal, outras).						
10	Sofre algum tipo de doença cardíaca.						
11	Sofre de Pressão Alta (Hipertensão Arterial).						
12	Sofre de alguma deficiência de <u>ossos, membros</u> (fraturas de ossos, doenças musculares, de menisco [joelho], das articulações, doenças do aparelho locomotor e/ou uso de próteses e/ou órteses, problemas de circulação, varizes, reumatismo dor ou deformidade na coluna, outras).						
13	Sofre de alguma deficiência de <u>sentidos</u> ? Visão (catarata, miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo), audição (surdez).						
14	Possui alguma doença do <u>aparelho digestivo</u> (úlcera, cirrose, hepatite [icterícia], pancreatite, gastrite, hérnia de hiato, problemas de vesícula biliar, algum tumor, hérnia, hemorróida, outras).						
15	Sofre de alguma doença do <u>aparelho genital ou urinário</u> (tumores, cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doença nas mamas - dor ou caroço; problemas com menopausa, dificuldade de reter ou perder urina, fimose, outras).						
16	Sofre de alguma doença do <u>sistema nervoso ou músculos</u> (ataques, convulsões, desmaios, tumores, problemas mentais).						
17	Sofre de alguma doença endócrina (tireóide, diabetes, hipófise, outras).						
18	Sofre de alguma <u>doença crônica (antiga)</u> (diabete, paralisia, hemofilia ou distúrbios de coagulação, doença renal crônica que faz diálise, outras).						
19	Sofre de alguma <u>doença infecto-contagiosa</u> (AIDS - inclusive portador de HIV, Hepatite [icterícia], Malária, Tuberculose, doenças venéreas, outras).						
20	Sofre de problemas com <u>fertilidade</u> (capacidade de gerar filhos).						

SAC 0800 41 4554
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

21	Sofre alguma <u>doença psiquiátrica</u> ou sofre de alguma forma de dependência química (psicose, depressão, alcoolismo, dependência de droga, outras).								
22	É portador de câncer.								
23	Está realizando tratamento, seja quimioterapia, radioterapia ou outra forma.								

Em caso de criança (menor de 5 anos), acrescentar:

24	Problemas na gestação.								
25	Parto Normal.								
26	Cesárea.								
27	Prematuro.								
28	A termo.								
29	Ao nascer necessitou de internação.								
30	Em UTI.								
31	Sofre de refluxo gastro-esofageano.								
32	Sofre de Problemas com convulsões.								

Em caso de respostas afirmativas (SIM) para qualquer dos itens acima, informar os dados considerados importantes para análise médica, respondendo os quesitos: Qual? Quando? Por quê? Onde? Conforme o caso.

Item	Tit./Dep.	Data do Evento	Esclarecimentos / Especificações

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº162/07¹ e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Data: ____/____/____

_____ Consumidor proponente ou responsável legal

PARTE III - PARECER DO MÉDICO AUDITOR

(Para uso exclusivo da Unimed)

Não é necessária a perícia médica

Com observações, mas sem necessidade de perícia

É necessária a perícia médica.

Declarada a doença ou lesão preexistente

Relação de Doenças e Lesões Preexistentes declaradas (identificar com o CID-10):

Data : ____/____/____

_____ Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

¹ Art. 5º, caput (alterado pelas RNs 195 e 200): “Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.”

PARTE IV - PERÍCIA MÉDICA (CASO SOLICITADA PELA UNIMED)

(Para uso exclusivo da Unimed)

MÉDICO PERITO: Dr. _____ CRM: _____

Descrição da Perícia:

Resultado de Exames:

Relação dos Códigos (TABELA UNIMED):

Parecer Final:

Data : ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Perito

PARTE V – TERMO DE OPÇÃO POR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

Eu, _____, opto nesta oportunidade por cumprir Cobertura Parcial Temporária (CPT) para as doenças ou lesões preexistentes abaixo discriminadas:

DESCRIÇÃO	PRAZO DE SUSPENSÃO (período máximo de 24 meses)

Declaro estar plenamente ciente de que:

1º) A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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 (UTI/CTI) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

2º) As doenças ou lesões preexistentes supracitadas foram obtidas pelas informações constantes na Parte II – Informações sobre sua saúde e/ou de seus dependentes e/ou por meio da perícia médica, se realizada; e

3º) Os procedimentos de alta complexidade (PAC), conforme documento anexo, não terão cobertura pelo prazo respectivo, em razão da constatação de doenças ou lesões preexistentes.

Local e data _____, ____/____/____

Consumidor proponente ou responsável legal

SAC 0800 41 4554
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009