

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - RESOLUÇÃO NORMATIVA
(RN Nº 162 de 17.10.2007 da ANS e Lei nº 9.656/98)

CONTRATANTE: _____

PROPOSTA Nº _____

1 - Constipação do intestino ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

2 - Sofre de alguma doença cardíaca, infarto, angina, alteração do ritmo cardíaco, hipertensão arterial ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

3 - Sofre de doenças psiquiátricas, psicose maníaca depressiva, esquizofrenia, etc?

Não () Sim () Especificar: _____

4 - Sofre de alguma doença renal, cálculo de vias urinárias, incontinência urinária, insuficiência renal ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

5 - Sofre de alguma doença ginecológica como mama, endometriose, rotura de períneo, alteração do colo do útero, doença sexualmente transmissível, HPV ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

6 - Sofre de alguma doença visual, catarata, glaucoma, miopia, deficiência da retina, astigmatismo, hipermetropia ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

7 - Sofre de alguma doença ortopédica, como hérnia de disco, osteoporose, pé chato, artrose, problemas de coluna, bico de papagaio ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

8 - Sofre de alguma doença neurológica, como mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, miastenia gravis, distrofia muscular progressiva, convulsão, enxaqueca, toma remédio controlado ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

9 - Sofre de doença oncológica (Câncer), mama, intestino, útero, pulmão ou outra? Está fazendo quimioterapia ou radioterapia?

Não () Sim () Especificar: _____

10 - Sofre de alguma doença congênita ou hereditária, como doenças degenerativas, doenças da tireóide ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

11 - Sofre de doença reumática, artrite, lupus, polimiosite ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

12 - Sofre de lesões dermatológicas (pele), nódulos, tumores, sinais, hemangiomas, "nevus" ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

13 - Sofre de doenças alérgicas como urticária, intolerância a alimentações, intolerância a lactose ou outro alimento, rinite alérgica ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

14 - Sofre de doenças do aparelho respiratório como enfisema, asma, tumor de pulmão, hipertrofia de adenóides ou amígdalas, etc, ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

15 - Sofre de obesidade?

Não () Sim () Especificar: _____

16 - Sofre de alguma doença hematológica como anemia congênita e/ou hereditária, epistaxe, sangramento anormal, púrpura ou outra?

Não () Sim () Especificar: _____

17 - Portador(a) de hérnia ou má formação congênita ou defeito físico?

Não () Sim () Especificar: _____

18 - Portador de varizes?

Não () Sim () Especificar: _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistente, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2 - Conforme o 5º, §§ 1º e 2º, RN 162/07 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário - § 2º Caso o beneficiário opte por se orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

3 - Havendo declaração de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), serão oferecidas duas opções: Cobertura Parcial Temporária (CPT), que segundo o Art. 2º, II, RN 162, considera: **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 Procedimento 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. ASSIM** o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte quatro) meses, e **Agravo**, que segundo o Art. 2º, III, RN 162, considera: **Agravo 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; ASSIM**, será acrescido no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito a cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais.

4 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsabilizado pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência da doença ou lesão preexistente não declarada.

CIÊNCIA DO USUÁRIO

*Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas neste formulário, inclusive as relacionadas com meu estado de saúde e dos meus dependentes, declarando ainda que não foram omitidos quaisquer fatos que possam alterar as condições de aceitação da presente proposta de adesão ao plano de assistência à saúde. **Comprovada a omissão de informações e identificado o indicio de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DPL por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, o mesmo, será comunicado por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário. Onde lhe será oferecido: a) CPT pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou b) - Agravo, na forma do Art. 7º desta Resolução; ou c) Abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indicio de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT o que implicará na rescisão do contrato de assistência à saúde, transferindo-se de imediato ao(a) contratante, toda e qualquer responsabilidade sobre as despesas médico-hospitalares decorrentes dos eventos que ensejaram a rescisão.***

1. O preenchimento desta declaração contou com a orientação do(a) médico(a)

Dr.(a): _____ CRM _____
(Assinatura)

2. O Beneficiário dispensou a presença do(a) médico(a) orientador(a): **Sim () Não ()**

3. Comentários _____

São Luís/MA, ____/____/____

Usuário Contratante

ATENÇÃO!

Se a operadora oferecer redução ou insenção 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 - CTP - 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 e alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos 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

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 problemas 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 carência 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 preexistentes 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.