

## ANEXO CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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: \_\_\_\_\_

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

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

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

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

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

Nome Agente Comercial:

Nº de registro da Operadora na ANS:

**30397-6**

Nº de registro do plano na ANS:

Proposta de admissão/contrato Nº:

Proponente TITULAR (T) ou DEPENDENTE (D) – Nome completo, sem abreviaturas:

Nome do colaborador do setor Comercial:

Assinatura e carimbo do colaborador do setor Comercial

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Carta de Orientação ao Beneficiário, que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta, é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos.
2. A Declaração de Saúde objetiva registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes que o proponente ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação/adesão ao plano de assistência saúde conforme Art. 11, da Lei nº 9.656/1998, sendo obrigatório responder as perguntas formuladas.
3. É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada. Estando comprovada junto a ANS a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada pelo beneficiário, este poderá também responder criminalmente conforme Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de Ação Judicial para o pedido de indenização por perdas e danos, honorários advocatícios e de custas processuais.
4. Após análise das respostas feitas eletronicamente, o consumidor poderá ser chamado para entrevista com médico(a) da Unimed Belém, a realização de consulta e exames complementares ou perícia médica com profissionais escolhidos pela operadora, sem ônus para o consumidor, ou médico de sua escolha, sob suas custas. Havendo perícia, haverá preenchimento de formulário específico.
5. Diante de doença ou lesão preexistente, o consumidor fica sujeito à Cobertura Parcial Temporária - CPT por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano, sem cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), procedimentos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia (CTI) relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo próprio proponente ou seu representante legal, não havendo substituição da CPT por pagamento de Agravo, nem qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano para cobertura irrestrita, devendo cumprir prazos contratuais.
6. Conceitos de:



a) 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; e

b) 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 a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. A Unimed Belém não disponibiliza a possibilidade de contratação do Agravo.

7. Antes de responder, informe sobre a orientação médica da Declaração de Saúde.

Declaro que:

( ) Não necessitei de orientação médica para responder a Declaração por entender as perguntas e não haver dúvidas.

( ) Optei pelo médico orientador da Unimed Belém para preenchimento da Declaração de Saúde.

( ) Optei por médico particular de minha escolha.

IMPORTANTE: O(A) Médico(a) orientador(a) da Unimed Belém firmará que o preenchimento contou com a sua presença aponto assinatura eletrônica e registro no Conselho Regional de Medicina:

#### ASPECTOS GERAIS:

Foi ou é usuário de plano de saúde? ( ) Não ( ) Sim Qual?

Em que serviço médico costuma ser atendido?

Está grávida? ( ) Não ( ) Sim Qual a data da última menstruação? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

O usuário (a) tem irmão (ã) gêmeo (a)? ( ) Não ( ) Sim

Para crianças menores de 12 anos: condições de nascimento: \_\_\_\_\_ Peso nascimento: \_\_\_\_\_

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_

Item	Caso sofra ou tenha sofrido de doenças ou lesões abaixo, responda (S) SIM e (N) NÃO. Descreva a doença que tem conhecimento, data e relato citando o tempo de adoecimento.
01	<b>Doença infecciosa ou parasitária</b> (Tuberculose, Hepatite B ou C, AIDS ou portador do vírus HIV, Meningite, Toxoplasmose, Sífilis, Hanseníase, outras...) ( ) Não ( ) Sim. Especifique: _____ _____
02	<b>Tumor benigno ou Doenças malignas (Câncer) Aparelho digestivo</b> (boca, língua, esôfago, estômago, intestino, fígado, pâncreas, etc), <b>Aparelho respiratório</b> (pulmão, traquéia, garganta...), <b>pele, mama, genital feminino</b> (útero, ovário, outros) <b>ou masculino</b> (próstata, testículos, outros...), <b>Trato urinário</b> (rins, bexiga, outros), <b>tireóide, sanguínea</b> (Linfoma, Leucemia), <b>ósseo ou outras?</b> ( ) Não ( ) Sim. Localização/Tempo de doença: Especifique: _____ _____
03	<b>Sofre ou sofreu de Doença imunológica, do sangue, autoimune ou do colágeno</b> (Anemias, Púrpura, Artrite Reumatóide, Esclerose Múltipla, Vitiligo, Psoríase, Colagenoses, Poliarterite Nodosa, Doença de Chron, Hepatite Auto-imune, AIDS, Hemofilia, Talassemia, Lúpus, Fibromialgia, outras)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique: _____ _____
04	<b>Doenças Endócrinas</b> (Diabetes Mellitus, Insípidus, Doenças da Tireóide, Bócio, Obesidade, Dislipidemia, Síndrome Metabólica, Doença de Cushing, Transtornos das Glândulas Supra Renais, outras)? ( ) Não ( )

	Sim. Especifique:
05	<b>Doenças neurológica/cerebrovascular/psiquiátrica</b> (Epilepsia, Paralisia cerebral, Enxaqueca, Aneurisma, Depressão, Ansiedade, Esquizofrenia, Transtorno Bipolar e/ou Psicótico, Derrame, Isquemia, Parkinson, Alzheimer, Espasmos Paroxísticos, Autismo (DEA), Demência, Paralisia Facial Periférica, Sequela de Traumatismo de Parto, outras)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique:
06	<b>Doenças cardio-circulatórias</b> (Hipertensão Arterial, Angina Pectoris, Infarto do Miocárdio, Arritmia, Insuficiência cardíaca, Aneurismas, AVC, Isquemia Cerebral, Tromboses, Embolias, Hemorróidas, Varizes, Doenças das valvas cardíacas, Cardite reumática, outras)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique:
07	<b>Doenças crônicas do pulmão/ouvido/nariz/garganta:</b> (Asma, Bronquite, Enfisema, Pneumonia, Derrame pleural, Hipertensão Pulmonar, Bronquiectasia, Sinusite, Polipose nasal, Desvio de septo nasal, Apnéia do sono, Surdez total ou parcial, outras)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique (e inclua lado D ou E):
08	<b>Doenças do sistema osteoarticular</b> (Artroses, Hérnia de disco, Deformidade óssea congênita ou adquirida, Osteoporose, Lesão de ligamento ou tendão, Fraturas, Luxações, Escoliose, Cifose, lordose, Artrite, LER, DORT, outras)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique/Segmento e lado afetado/tempo de doença:
09	<b>Doenças do aparelho genito-urinário</b> (Cálculo, Insuficiência renal crônica, Infecção urinária de repetição, Bexiga Neurogênica, Incontinência urinária, Dilatação dos ureteres, Nefrites, Nefroses, Hipertrofia de próstata, Cistos no ovário, Mioma uterino, Endometriose, Nódulos de mama, infertilidade, outras)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique:
10	<b>Alterações dos olhos e anexos.</b> ( ) Não ( ) Sim <b>Assinalar Olho Direito: OD Olho Esquerdo: OE</b>
	Catarata senil ( ) OD ( ) OE Doenças da retina ( ) OD ( ) OE
	Degeneração macular ( ) OD ( ) OE Alteração ocular relacionada a diabetes ( ) OD ( ) OE
	Glaucoma ( ) OD ( ) OE Ceratocone ( ) OD ( ) OE
	Miopia ( ) OD Grau: ( ) OE Grau:
	Astigmatismo ( ) OD Grau: ( ) OE Grau:
	Hipermetropia ( ) OD Grau: ( ) OE Grau:
	Outras:
11	<b>Portador(a) de mal formações congênitas</b> (Do coração (CIA, CIV, PCA, Tetralogia de Fallot, Coarctação da Aorta, Estenose Pulmonar/Aórtica), Fenda palatina, Lábio leporino, Pé torto congênito, Polidactilia, Sindactilia, Meningocele, Meningomielocelo, Hidrocefalia, Microtia, Síndrome de Turner, Espinha bífida, Microcefalia, Osteogenese Imperfecta, Genovalvo, Genovaro, Hérnia, outros)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique:



12	<b>Possui doença ou lesão no Aparelho Estomatognático</b> (Ossos fixos da cabeça e da face, Mandíbula, Músculos da mastigação e expressão facial, Articulação Têmporo Mandibular (ATM) e seus ligamentos, Dentes, Língua, Lábios, Bochechas, Glândulas salivares, Nervos, Vasos)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique: <hr/> <hr/>
13	<b>Possui doenças ou lesões no Aparelho Digestivo?</b> (Estenose de esôfago, Colite, Diverticulite, Cirrose hepática, Úlcera, Colelitíase, Pancreatite, Esteatose Hepática, outras) ( ) Não ( ) Sim. Especifique: <hr/> <hr/>
14	<b>Possui seqüela decorrente de doença congênita ou adquirida, acidente pessoal, de trânsito, falta de oxigenação cerebral ou de Tratamento médico</b> (Quelóides, Cicatrizes Extensas, queimaduras, outros)? ( ) Não ( ) Sim. Especifique: <hr/> <hr/> <hr/>
15	<b>Doenças decorrentes do uso crônico de drogas lícitas (álcool e cigarro) e/ou ilícitas?</b> ( ) Não ( ) Sim. Especifique: <hr/> <hr/>
16	<b>Antecedente familiar (pais/avós) de doença crônica</b> (Pressão alta, Diabetes, Derrame cerebral, Infarto, Câncer (tipo/localização), Arritmia cardíaca, Tuberculose, outros)? <hr/> <hr/>
17	<b>Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o seu índice de Massa Corpórea (IMC) indica:</b> <input type="checkbox"/> Baixo peso (IMC $\leq$ 18,49 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Peso Normal (IMC $\geq$ 18,5 kg/m <sup>2</sup> e $\leq$ 24,99 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Sobrepeso (IMC $\geq$ 25,01 kg/m <sup>2</sup> e $\leq$ 29,99 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Obesidade I (IMC $\geq$ 30kg/m <sup>2</sup> e $\leq$ 34,99 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Obesidade II (IMC $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> e $\leq$ 39,99 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Obesidade III (IMC $\geq$ 40 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Não se aplica (menores de 16 anos) OBS: na obesidade grau II associado a co-morbidades e Obesidade grau III haverá cumprimento de CPT para realização de cirurgia bariátrica.
18	<b>Realiza tratamento médico para doença ou seqüela não citado acima?</b> (Amputação, cegueira, perda da audição, outros) ( ) Não ( ) Sim. Diga a doença/tipo de Tratamento Localização: <hr/> <hr/>
19	<b>Tem indicação de submeter-se a alguma cirurgia? Hemodiálise? Colocação de stents? Procedimento ocular? Tratamento para câncer como quimioterapia ou radioterapia? Tratamento para paralisia cerebral espástica?</b> ( ) Não ( ) Sim. Especifique melhor: <hr/> <hr/> <hr/>

**Informações adicionais a respeito das questões formuladas**







