

## 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](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.



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### Informações sobre doenças ou lesões PREEXISTENTES conhecidas:

Nome do Titular / Promitente Contratante: SUSETE DRESCH

Endereço: RUA PE THEODORO AMSTAD, 465

Profissão: não declarou

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

Quanto a orientação médica para o preenchimento da Declaração de Saúde, declaro que optei por:

( X ) ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;

( ) ser orientado por um médico de minha confiança, caso em que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade;

( ) dispensada presença de médico orientador.

1) Doenças ou lesões preexistentes (DLP) - Aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art 11 da lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes nesta resolução.

2) 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.

3) Agravo - Como qualquer acréscimo no valor da contraprestação para ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada para doença ou lesão preexistentes declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

#### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo	Data de nascimento
VERONICA DRESCH SALVADOR	27/12/2005

Peso: 52 Kg  
Tabagismo: Não

Altura: 1,66 m

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

ANTECEDENTES PESSOAIS	
CARDIOVASCULAR	DIAGNÓSTICO
Infarto/Angina	Não
Arritmias Cardíacas	Não
Trombose	Não
Doenças valvulares e/ou vasos e/ou coração	Não
PULMONAR	DIAGNÓSTICO
Asma	Não
Enfisema pulmonar e/ou DPOC	Não
URINÁRIO/UROLÓGICO	DIAGNÓSTICO
Cálculo Urinário	Não
Insuficiência renal (com ou sem diálise)	Não
Problemas de próstata	Não
Incontinência urinária	Não
GINECOLÓGICO/OBSTÉTRICO	DIAGNÓSTICO
Miomas, Metrorragias	Não
Gestação de alto risco	Não
Doenças das mamas	Não
DIGESTIVO, ABDOMINAL	DIAGNÓSTICO
Úlcera de estômago, duodeno	Não
Cálculos biliares	Não
Hérnias	Não
GLÂNDULAS	DIAGNÓSTICO
Diabetes	Não
Tireóide	Não
Obesidade	Não
SANGUE	DIAGNÓSTICO
Leucemias	Não
Distúrbios de Coagulação	Não
NEUROLÓGICOS	DIAGNÓSTICO
Derrames / isquemias	Não
Sequelas neurológicas após cirurgias	Não
Aneurisma (encéfalo, abdômem, tórax)	Não
OLHOS	DIAGNÓSTICO
Catarata	Não
Glaucoma	Não
Miopia, astigmatismo	Sim
Ceratocone	Não
Doenças oculares (retinopatia diabética, oclusões venosas retinianas e degeneração macular)	Não
ORTOPEDIA	DIAGNÓSTICO
Desvio na coluna	Não
Hérnia de disco	Não
Defeitos após cirurgia ou traumatismos	Não
Tumores ósseos	Não

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Doenças de joelho ( meniscos, ligamentos, doenças degenerativas e outros)	Não
<b>OUTROS</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Câncer / Tumores / Metástase	Não
Artrite Reumatóide	Não
Epilepsia	Não
Doenças congênitas	Não
Lesões ou Doenças de Pele	Não
Varizes	Não
Cirrose	Não
Doença septo nasal (desvio de septo, fraturas...)	Não
Doenças do ouvido e garganta	Não
Doenças do esôfago (refluxo, esofagite...)	Não
Hiperhidrose (axilar, plamar)	Não
Doenças do ombro, clavícula e membros superiores(ruptura de manguito rotador, cisto sinovial,...)	Não
Doenças inflamatórias intestinais ( doença de CROHN, diverticulite, pólipos...)	Não
Outras (especificar abaixo):	Não

**Especificações: espaço reservado para especificar outras molestias/doenças/informações complementares e indicação de médico, data, e nome do hospital/clínica onde foi realizado tratamento ou cirurgia.**

Descrição

### PARECER DO MÉDICO AVALIADOR

#### Cobertura parcial temporária ou agravado

Patologias apresentadas	Cobertura parcial temporária ou agravado			
	CPT	Eventos cirúrgicos	Leitos de alta tecnologia (UTI)	Procedimentos de alta complexidade (PAC)
Miopia, astigmatismo	Sim	Sim	Não	Não

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas duas opções:

(  ) Cobertura Parcial Temporária - o promitente contratante, e seu(s) dependentes(s), não terão direitos aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

(  ) Agravado - Acréscimo no preço mensal do plano para que o promitente contratante, e seu(s) dependente(s), tenham direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o promitente contratante e seus dependentes saibam ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o promitente contratante será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento de doenças ou lesões omitidas, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistentes não declarada.

Declaro para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei, que estou no exercício normal de minhas funções



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento desta declaração, com relação ao meu estado de saúde e de meus dependentes aqui indicados, que prestei informações completas e verdadeiras. De outra assistência á saúde, caso este seja firmado, ficando a Promitente Contratada autorizada a confirmar as informações prestadas, em qualquer tempo e lugar, sem que tanto implique em ofensa ao sigilo profissional ou a minha intimidade e de meus dependentes.

Comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda ser importante informar

Médico avaliador: João Batista Biassusi Loureiro - CRM: 9833

Data: 17/03/2020

