

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, 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 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: _____ Nome legível, assinatura e CPF	Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local	Data
Nome: _____	CPF: _____
Assinatura: _____	Nome legível, assinatura e CPF

Nome do Titular: _____ CPF: _____

Dependente 1: _____ CPF: _____

Dependente 2: _____ CPF: _____

Dependente 3: _____ CPF: _____

Dependente 4: _____ CPF: _____

Dependente 5: _____ CPF: _____

O formulário do Quadro I deverá ser preenchido de próprio punho pelo titular, em nome próprio e de seu(s) dependentes(s), ou pelo responsável quando o titular for menor de 18 anos. Responda com Sim (S) ou Não (N) as perguntas abaixo relacionadas a você e aos demais dependentes. Caso a resposta para alguma das questões abaixo tenha sido Sim, para qualquer um dos beneficiários, esclareça o motivo no Quadro II especificando o item, o beneficiário e a data do evento.

Quadro I

	Questões	Beneficiários					
		Titular	D1	D2	D3	D4	D5
1	Doenças do Aparelho Cárdio-Circulatório (angina, infarto, arritmia, febre reumática e insuficiência cardíaca, entre outras?). Especificar.						
2	Doenças das Veias ou Artérias (Hemorroidas, varizes, trombose, aneurisma, derrame (AVC), entre outras?). Especificar.						
3	Doenças Endócrinas (Diabetes, tireóide, obesidade, entre outras?). Especificar.						
4	Doenças Pulmonares (Asma, bronquite, enfizema, pneumonia, entre outras?). Especificar.						
5	Doenças do Aparelho Digestivo (Esôfago, estômago, fígado, vesícula, pâncreas ou intestino?). Especificar.						
6	Hérnias (Abdominal, incisional, epigástrica, de disco vertebral, entre outras?). Especificar.						
7	Doenças Renais ou da Bexiga (Infecção, cálculos, cisto renal, hemodiálise e transplante renal). Especificar.						
8	Doenças dos Órgãos Genitais Masculinos (Próstata, testículos, pênis?). Especificar.						
9	Doenças Ginecológicas e das Mamas (Períneo, nódulo de mamas, cisto de ovário, mioma, endometriose, ente outras?). Especificar.						
10	AIDS ou é portador do vírus HIV?						
11	Doenças do Sangue (Anemia, leucemia, hemofilia, linfoma, entre outras?). Especificar.						
12	Doenças Tumorações Malignas (câncer) ou benignas? Especificar.						
13	Doenças Reumáticas (Artrites, lúpus, febre reumática, entre outras?). Especificar.						
14	Doenças Neurológicas (Derrame cerebral, Parkinson, epilepsia, convulsão, tumores, aneurisma, entre outras?). Especificar.						
15	Doenças da Pele (Dermatite, verruga, entre outras?). Especificar.						
16	Doenças Infecto Contagiosas (Hepatites, tuberculose, meningite, entre outras?). Especificar?						
17	Problemas Ortopédicos (Artrose, fraturas, osteomielite?). Especificar.						

Continuação

		Beneficiários					
		Titular	D1	D2	D3	D4	D5
18	Doenças ou Malformações Congênitas ou Hereditárias? Especificar.						
19	Doenças dos Olhos (Miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, glaucoma, entre outros?).						
20	Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta (Diminuição de audição, pólipos, tumores, desvio de septo, adenóide, labirintite?). Especificar.						
21	Transtornos Mentais ou Psiquiátricos (Psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, entre outros?). Especificar.						
22	Sofre de alguma dependência química (Álcool, cocaína, maconha, anfetamina, entre outras?). Especificar.						
23	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros?). Especificar.						
24	Já foi submetido a hemodiálise, radioterapia, quimioterapia? Especificar.						
25	Já foi internado ou submetido a algum tratamento não mencionado acima? Especificar.						
26	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado acima? Especificar.						
27	Indique seu peso.						
28	Indique sua altura.						

Quadro II

Item	Beneficiário	Esclarecimento	Data do evento	Uso Casse CID

Informações importantes

1) No preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.

2) A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas 2 (duas) opções:

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 e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

b. Agravado – é definido 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.

4) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente saiba ser

portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

5) Caso tenha sido declarada alguma doença ou lesão preexistente, seu Plano de Saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária, conforme disposto no aditivo de Cobertura Parcial Temporária, constante nesta declaração de saúde e que faz parte integrante do contrato.

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro ainda que, tenho pleno conhecimento de que declarações não verdadeiras, incompletas e que qualquer omissão, em relação a mim e meus dependentes caracteriza comportamento fraudulento, sujeitando-me as penalidades legais cabíveis.

Para comprovação das declarações prestadas, autorizo, antecipadamente que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas, prestem à Contratada todas as informações sobre o meu estado de saúde e moléstias que possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Condições de preenchimento:

Declaro que fui orientado por médico credenciado da Casse.

Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.

Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada, por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder as perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Assinatura do titular: _____

Médico orientador: _____

Assinatura e carimbo com CRM

_____, _____ de _____ de _____
(local e data)