

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 do **FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É O FORMULÁRIO DE 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 de 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 dessa 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 ESSA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso 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 da assinatura contratual; após esse período, a cobertura passará a ser integral, de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrições 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 estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para essa doença ou lesão.

Formulário de Declaração de Saúde

Coletivo Empresarial / Adesão



Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados.

CPF

Nome de quem utilizará o plano de saúde (completo sem abreviaturas)

Telefone/Celular de contato

()

Nome da empresa contratante

Telefone/Celular de contato

()

Preencha a informação do campo 1 e, em seguida, preencha todo o quadrado, conforme exemplo ao lado. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição e especifique. Caso contrário, assinala "NÃO".

1. Informe seu peso atual kg (quilos) Informe sua altura m (metros) Exemplo: altura acima de 1 metro: 1,65 altura abaixo de 1 metro: 0,55

2. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

3. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro? NÃO | SIM – QUAL? _____

4. É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo? NÃO | SIM – QUAL? _____

5. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante? NÃO | SIM – QUAL? _____

6. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, ou tem necessidade de transplante de córnea? NÃO | SIM – QUAL? _____

7. É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras? NÃO | SIM – QUAL? _____

8. É portador(a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo. NÃO | SIM – QUAL? _____

9. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenóide ou amígdalas, ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

10. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal lombossacra, coccigea)? NÃO | SIM – QUAL? _____

11. É portador(a) de alguma doença das artérias (carótida, aorta, femoral)? NÃO | SIM – QUAL? _____

12. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita etc.)? NÃO | SIM – QUAL? _____

13. É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

14. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

15. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

16. É portador(a) de alguma doença da próstata (para os homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

17. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, seqüela de fraturas ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

18. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

19. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____

20. É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez? NÃO | SIM – QUAL? _____

21. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local. NÃO | SIM – QUAL? _____

Rubrica: _____

22. É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas? NÃO | SIM – QUAL? _____
23. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico. NÃO | SIM – QUAL? _____
24. É portador(a) de obesidade mórbida? NÃO | SIM – QUAL? _____
25. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____
26. É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS)? NÃO | SIM – QUAL? _____
27. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândula e doença. NÃO | SIM – QUAL? _____
28. É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra? NÃO | SIM – QUAL? _____
29. É portador(a) de alguma doença mental? NÃO | SIM – QUAL? _____

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores.

Preencha todo o quadrado da opção escolhida quanto à orientação médica para o preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde.

Declaro que optei por:

- ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela Unimed-BH, sem ônus financeiro.
- ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade.
- dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento:

Identificação do médico (carimbo e assinatura)

Declaração

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a Unimed-BH considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Unimed-BH alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

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.

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.

Nome de quem utilizará o plano de saúde (quando for menor e/ou incapaz, preencher com os dados do responsável legal).

Data e assinatura da pessoa identificada acima (deverá ser igual à do documento de identificação apresentado).

____/____/____

Data

Para uso da Unimed-BH (Identificação de CID)

- NÃO
- SIM _____
- _____
- _____
- _____
- _____

____/____/____

Data

Carimbo e assinatura do médico