

Carta de Orientação ao Beneficiário

Transcrição (na íntegra) do anexo à RN 162/2007 da Agência Nacional de Saúde (ANS).



“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 doença ou lesão 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 o Formulário de 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 (igual à do documento apresentado)

Intermediário*** entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

** Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal.

*** Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário.”



ANS nº 35875-4

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome do Beneficiário	Número do CPF

Nome do Titular ou Responsável Legal (no caso de menor ou incapaz)

ORIENTAÇÃO

O beneficiário maior de 18 (dezoito) anos deve responder e assinar sua própria Declaração de Saúde. O responsável legal deve responder a Declaração de Saúde do beneficiário menor de idade ou incapaz.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES (RN nº 162 de 17/10/2007 da ANS)

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

2. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) 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 duas opções:

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.

b) **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.

4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a.) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a.) Sr(a.) será 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 operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

5. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao(à.) Sr(a.) para doenças ou lesões preexistentes não-declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o(a.) Sr(a.) omitiu as doenças ou lesões no preenchimento desta declaração.

6. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.

Observação: Para cada doença ou lesão listada abaixo, o proponente deverá escrever **NÃO**, caso esteja ciente de que não é portador de tal condição, ou **SIM** caso esteja ciente de que é portador dessa condição. Para todas as respostas **SIM**, o proponente deverá especificar a condição de que é portador.

QUESTIONÁRIO (Responda às perguntas do questionário com as palavras "SIM" ou "NÃO")		
PERGUNTAS	SIM OU NÃO	Comentários e Informações Adicionais
1. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplásica ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra? Submeteu-se a uma transfusão de sangue ou de seus derivados?		Qual?
2. É portador(a) de algum distúrbio de sono, como apnéia do sono; ronco, em caso de menor de idade ou outro?		Qual?
3. É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?		Qual?
4. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, Insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?		Qual?
5. 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?		Qual?
6. É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artriterreumatóide vasculite ou outra?		Qual?
7. É portador(a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.		Qual?
8. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra?		Qual?
9. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical dorsal, lombo-sacra, coccígea)?		Qual?
10. É portador(a) de alguma doença das artérias e dos capilares?		Qual?
11. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, angina, pressão alta, arritmia, infarto, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular congênita, etc.)? Já sofreu cirurgia cardíaca? É portador de stent?		Qual?

12. É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorróida, esofagite, diverticulose ou outra?		Qual?
13. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?		Qual?
14. 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?		Qual?
15. 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?		Qual?
16. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, artrose, seqüela de fratura ou outra?		Qual?
17. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema tuberculose ou outra?		Qual?
18. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?		Qual?
19. É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?		Qual?
20. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outra? Especificar o local.		Qual?
21. É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas?		Qual?
22. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna ou benigna)? (mieloma múltiplo, melanoma, leucemia, linfoma, tumorações com diagnóstico ainda não esclarecido, etc)? Especificar ano do diagnóstico.		Qual?
23. É portador(a) de obesidade grave ou mórbida? Já se submeteu a cirurgia bariátrica?		
24. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastemia grave ou outra?		Qual?
25. É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?		
26. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireóide, paratireóide, hipófise ou supra-renal? Especificar glândula e doença.		Qual?

27. É portador(a) de alguma doença das veias, como varize, microvarize, trombose, úlcera de perna ou outra?		Qual?
28. É portador(a) de algum transtorno comportamental ou mental? Submete-se ou submeteu-se a tratamento psicológico ou para dependência química (álcool ou drogas)?		Qual?
29. Sofre de alguma doença das vias respiratórias altas (sinusite crônica, desvio de septo nasal, hipertrofia de cornetos, hipertrofia de adenoides, hipertrofia de amígdala ou outras?).		Qual?
30. Submete-se a algum tipo de tratamento a base de quimioterapia, radioterapia ou diálise?		Qual?
31. Está grávida (se positivo, especificar o tempo). Já apresentou abortos ou complicações da gestação ou do parto?		
32. Tumores (câncer de todo tipo, mieloma múltiplo, melanoma, leucemia, linfoma, tumorações com diagnóstico ainda não esclarecido, etc.).		Qual?
33. Já se submeteu a transplante de órgãos ou é portador de próteses (marcapasso, stent, placas e parafusos, prótese de articulação, etc.).		Qual?
34. Já esteve internado ou foi submetido a alguma cirurgia? Tem previsão de submeter-se a internação ou cirurgia nos próximos meses?		Qual?

INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido **sim** ou qualquer outra doença que não se encontre listada anteriormente, especifique a razão dela (data do tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Data do evento	Esclarecimentos

Informe seu peso atual (Kg): _____ Informe sua altura atual (m): _____

O IMC – Índice de Massa Corporal – é calculado pela seguinte fórmula: peso dividido pela altura ao quadrado (altura x altura). Exemplo: peso 80 Kg; altura = 1,71 m: dá IMC = 27,35.

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{(\text{altura} \times \text{altura})} \quad \text{Ex: } \frac{\text{Peso: 80 Kg}}{\text{Altura: 1,72 m} \times \text{1,71 m}} \quad \frac{80 \text{ Kg}}{1,71 \text{ m} \times 1,71 \text{ m}}$$

O resultado é comparado com a tabela abaixo:

IMC	Classificação		
< 16	Magreza grave	25 a < 30	Sobrepeso
16 a < 17	Magreza moderada	30 a < 35	Obesidade grau I
17 a < 18,5	Magreza leve	35 a < 40	Obesidade grau II (severa)
18,5 a < 25	Saudável	>= 40	Obesidade grau III (mórbida)

IMC = -----

MARQUE COM “X” UMA DA OPÇÕES DESCRITA ABAIXO, CONFORME O CASO

Declaro, sob as penas da lei, que li esta declaração e não tenho qualquer dúvida a seu respeito, assumindo Integral responsabilidade pelas informações aqui prestadas.

<input type="checkbox"/>	Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde e, também, que dispensei orientação médica para responde-las, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas.
<input type="checkbox"/>	Declaro que fui orientado(a) por médico da CASF no preenchimento desta Declaração de Saúde.
<input type="checkbox"/>	Declaro que fui orientado(a) pelo meu médico particular não referenciado da CASF no seu preenchimento.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo a responsabilidade por todas as informações fornecidas nesta Declaração de Saúde.

Declaro, ainda, ter conhecimento que, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, não terei direito à cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, decorrentes das doenças e lesões preexistentes caracterizadas em função das informações por mim fornecidas.

Tenho ciência de que o preenchimento incorreto deste formulário sujeitar-me-á à pena de imputação de fraude com rescisão do contrato, conforme disposto no Inciso II do Parágrafo Único do Art. 13 da Lei 9.656/98, assim como será de responsabilidade do beneficiário as despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de Cobertura Parcial Temporária (CPT), caso venha a ser comprovada junto à ANS, a omissão de informação sobre Doença e Lesão Preexistente (DLP), conhecida e não declarada, sem prejuízo de que o declarante que falsear ou omitir dados poderá, ainda, ser exposto a procedimento criminal (Art. 299, código penal), além de ação judicial para pedido de indenização por perdas e danos, honorários advocatícios e de custas judiciais.

Autorizo, outrossim, que médicos, clínicas ou quaisquer entidade públicas ou privadas prestem aos médicos da CASF, informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Local / Data

Assinatura Médico Orientador

Local / Data

Assinatura do Declarante ou representante legal