

**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.

x \_\_\_\_\_

**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 à 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.

2

**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.**

**INFORMAÇÕES SOBRE O VENDEDOR DO PLANO**

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

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

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO**

Nome do Beneficiário (Legível): \_\_\_\_\_

Responsável (para menores de idade): \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

1. Ocorrendo declaração de doença ou lesão preexistente, o PLAMHUV lhe oferecerá 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;

**2. Agravo** é qualquer acréscimo no valor paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, inclusive para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. O PLAMHUV se reserva o direito de não oferecer agravo como opção a CPT, conforme possibilita o artigo 6º, § 1º, da Resolução nº 162/07 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**3.** 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 (Agência Nacional de Saúde Suplementar), pode acarretar a SUSPENSÃO ou RESCISÃO do contrato por FRAUDE. Neste caso, o (a) Sr. (a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas pelo PLAMHUV para 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, sem prejuízo da abertura de processo criminal por Falsidade Ideológica, a teor do Art. 299 do Código Penal.

**4.** Todas as páginas da declaração de saúde deverão ser rubricadas e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, sendo que a incapacidade deve ser devidamente comprovada pelo representante legal.

### INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

**Leia com atenção e preencha corretamente o questionário de saúde. Este documento é fundamental para o ingresso no Plano de Saúde.**

**Toda resposta “SIM” deve ser explicada, informando especificamente a doença, tratamento ou cirurgia realizados.**

**O médico auditor do PLAMHUV poderá entrar em contato ou pedir uma entrevista caso haja dúvidas nas respostas.**

x \_\_\_\_\_

**PERGUNTAS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE****A) Perguntas gerais:**

1. Possui algum problema de saúde? Ex.: diabetes, pressão alta, câncer, tireóide, etc.  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Toma alguma medicação todos os dias?  
( ) Não ( ) Sim. Quais: \_\_\_\_\_
3. Já foi operado alguma vez? Ex.: cesariana, retirou a vesícula, fratura, etc.  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
4. Possui alguma deficiência? Ex.: usa cadeira de rodas ou muletas, surdez, diminuição da visão, autismo, paralisia cerebral.  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
5. Fuma, bebe ou usa algum tipo de droga ilícita?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
6. Tem ou já teve história de câncer? Se sim, qual tratamento realizou?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

**B) Doenças Cardiovasculares:**

1. Possui pressão alta, arritmia, sopro no coração ou alguma doença cardiovascular?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Já teve infarto no coração ou angina?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Já fez exames como Eletrocardiograma, Ecocardiograma ou Teste Ergométrico?  
( ) Não ( ) Sim. Quais e qual resultado? \_\_\_\_\_
4. Tem varizes ou pequenos vasos? Se sim, já fez algum tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

**C) Doenças Endócrinas:**

1. Possui diabetes? Se sim, faz qual tratamento (medicação, insulina)?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui problema na tireóide (hipo/hipertireoidismo, nódulo, etc)?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Possui alguma outra alteração hormonal? Ex.: alteração na prolactina, testosterona.  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

**D) Doenças Respiratórias, Ouvido, Nariz e Garganta:**

1. Possui Rinite ou Sinusite? ( )Não ( )Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui Asma ou Bronquite? ( )Não ( )Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Tem ou já teve Desvio de Septo? ( )Não ( )Sim. Operou? \_\_\_\_\_
4. Possui problema nas Amígdalas ou Adenóides? ( )Não ( )Sim. Operou? \_\_\_\_\_
5. Possui dificuldade de audição? ( )Não ( )Sim. Explique: \_\_\_\_\_
6. Possui labirintite? ( )Não ( )Sim. Explique: \_\_\_\_\_
7. Possui a Doença do Ronco ou Apnéia do Sono?  
( )Não ( )Sim. Qual tratamento? \_\_\_\_\_

**E) Doenças Gastro-Intestinais:**

1. Possui gastrite ou úlcera? Já fez endoscopia?  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui Doença do Refluxo? ( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Tem ou já teve Pedra na Vesícula (litíase)? Se sim, já operou?  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
4. Tem ou já teve hemorróidas? Se sim, já fez algum tratamento?  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
5. Possui algum problema no fígado? Ex.: nódulo, hemangioma, cirrose, gordura  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

**F) Doenças Genito-Urinárias:**

1. Tem ou já teve Cálculo Urinário? Se sim, qual o tratamento (cirurgia, saiu sozinho)?  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui Perda de Urina? Se sim, faz ou já fez algum tratamento?  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Tem ou já teve infecção urinária de repetição?  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
4. Possui algum problema nos rins? Ex.: cisto, nódulo, insuficiência renal  
( )Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

x \_\_\_\_\_

**G) Doenças dos Ossos e das Articulações:**

1. Já fraturou alguma coisa? Se sim, qual parte do corpo e tratamento (gesso, cirurgia?)  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui algum problema nas articulações do joelho, ombro, cotovelo, quadril, etc? Já rompeu algum ligamento, luxação ou necessidade de cirurgia?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Possui artrite ou artrose? ( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
4. Possui algum problema ou dor na coluna (ex: hérnia, dor no ciático)? Já fez algum tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
5. Possui Osteoporose ou Osteopenia? Se sim, qual tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

**H) Doenças do Sistema Nervoso Central e Psiquiátricas:**

1. Tem ou já teve AVC (derrame)?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Tem diagnóstico de Doença de Alzheimer ou Doença de Parkinson?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Tem ou já teve Convulsão ou Epilepsia? Se sim, qual tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
4. Possui Enxaqueca ou dor de cabeça frequente? Se sim, qual tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
5. Trata Depressão, Ansiedade, Síndrome do Pânico ou usa algum remédio controlado?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
6. Tem algum transtorno psiquiátrico como Bipolaridade, Borderline, Esquizofrenia, etc?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

**I) Doenças dos Olhos:**

1. Usa óculos? Se sim, por qual motivo (miopia, astigmatismo, hipermetropia, etc)?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui Catarata? ( ) Não ( ) Sim. Tratamento: \_\_\_\_\_
3. Possui Glaucoma? ( ) Não ( ) Sim. Tratamento: \_\_\_\_\_
4. Possui outra doença nos olhos? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

x \_\_\_\_\_

**J) Outras Doenças:**

1. Possui alguma doença no sangue? Ex.: Anemia, plaqueta baixa, púrpura?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui algum problema nas mamas? Ex.: nódulo, cisto, aumento de volume?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Possui hérnia umbilical ou inguinal? Já operou?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
4. Possui alguma doença de pele? Ex.: acne, manchas, tumorações  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

7

**SOMENTE PARA HOMENS**

1. Possui fimose? ( ) Não ( ) Sim. Tratamento: \_\_\_\_\_
2. Possui varicocele (veias aumentadas no testículo)?  
( ) Não ( ) Sim. Tratamento: \_\_\_\_\_
3. Tem problema na próstata? ( ) Não ( ) Sim. Tratamento: \_\_\_\_\_
4. Possui alguma outra doença nos órgãos genitais?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
5. Já fez vasectomia? ( ) Não ( ) Sim

**SOMENTE PARA MULHERES**

1. Tem ou já teve Mioma, Pólipo ou Endometriose? Se sim, já fez algum tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
2. Possui Cisto no Ovário ou Ovários Policísticos? Se sim, já fez algum tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
3. Já teve alguma alteração no Exame Preventivo (Papanicolau)? Se sim, qual?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
4. Já teve alguma alteração na Mamografia? Se sim, qual?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
5. Já engravidou? Quantos partos cesarianos já teve? Quantos abortos?  
( ) Não ( ) Sim. Partos Cesarianos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_
6. Está grávida? ( ) Não ( ) Sim
7. Já fez Laqueadura/Ligadura das Tubas (cirurgia para não engravidar)? ( ) Não ( ) Sim

x \_\_\_\_\_

**CONSIDERAÇÕES DO BENEFICIÁRIO**

**Possui alguma outra doença que não foi perguntada, deseja esclarecer mais alguma coisa ou tem alguma informação adicional que queira relatar?**


Nos termos da Resolução Consu nº 02/1998; declaro ter sido esclarecido sobre as alternativas de cobertura às doenças das quais sou portador (a), **tendo optado pela Cobertura Parcial Temporária.**

Declaro também ser portador das doenças relacionadas acima, classificadas como pré-existentes à data de adesão ao plano, sabendo que deverei cumprir carência de 2 (dois) anos para os procedimentos acima relacionados, eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados com a doença.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

**X** \_\_\_\_\_  
**Beneficiário / Responsável**

**Data:**    /    /





**Comercial**

Recebido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo**Auditoria Médica**

Recebido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo**Comercial**

Recebido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo**Cadastro**

Recebido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo