

DECLARAÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS MENORES DE 12 ANOS CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO / RESPONSÁVEL

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.

1

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 - **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.**

INFORMAÇÕES SOBRE O VENDEDOR DO PLANO

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO E RESPONSÁVEL

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Responsável: _____

CPF do Responsável: _____

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

As informações devem ser preenchidas por um dos pais ou responsáveis pela criança.

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 Relacionadas à Gravidez e ao Parto:**

1. Criança nasceu de: () Parto Normal () Parto Cesariano.

Motivo da Cesariana: () Escolha da Mãe () Outro: _____

2. Nasceu no tempo certo (9 meses ou mais de 37 semanas)? () Não () Sim

Peso ao nascer: _____

3. O bebê nasceu com algum problema de saúde ou alguma deficiência?

() Não () Sim. Explique: _____

4. Teve alta em até 2 dias (alta precoce)?

() Sim () Não. Qual motivo? _____

5. A mãe teve alguma complicação no Pré-Natal? Ex.: pressão alta, diabetes, bolsa rompida antes da hora, parto prematuro, restrição de crescimento.

() Não () Sim. Explique: _____

6. Teste do Olhinho: () Normal () Alterado () Não realizou

7. Teste do Coraçãozinho: () Normal () Alterado () Não realizou

8. Teste da Orelhinha: () Normal () Alterado () Não realizou

9. Teste do Pezinho: () Normal () Alterado () Não realizou

B) Perguntas sobre Patologias ou Problemas de Saúde:

1. Possui algum problema de saúde? Ex.: asma, bronquite, alergia alimentar, etc.

() Não () Sim. Explique: _____

2. Toma alguma medicação todos os dias?

() Não () Sim. Quais: _____

3. Já foi operado alguma vez? Ex.: fimose, hérnia, fratura, etc.

() Não () Sim. Explique: _____

4. Já ficou internado? Se sim, por qual motivo?

() Não () Sim. Explique: _____

5. Possui alguma deficiência? Ex.: usa cadeira de rodas ou muletas, surdez, diminuição da visão, autismo, paralisia cerebral.

() Não () Sim. Explique: _____

6. Tem ou já teve história de câncer? Se sim, qual tratamento realizou?

() Não () Sim. Explique: _____

7. Possui arritmia, sopro no coração ou alguma doença cardiovascular?

() Não () Sim. Explique: _____

X _____

8. Possui diabetes? Se sim, faz qual tratamento (medicação, insulina)?

() Não () Sim. Explique: _____

9. Possui Rinite ou Sinusite? () Não () Sim. Explique: _____

10. Possui Asma ou Bronquite? () Não () Sim. Explique: _____

11. Possui problema nas Amígdalas ou Adenoides? Ex.: aumento ou infecção recorrente

() Não () Sim. Operou? _____

12. Possui Intolerância à Lactose, Doença Celíaca, Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV) ou alguma outra patologia ou alergia alimentar?

() Não () Sim. Explique: _____

13. Possui alguma outra alergia? Ex.: pele, medicamentos, poeira, animais, etc.

() Não () Sim. Explique: _____

14. Possui Doença do Refluxo? () Não () Sim. Explique: _____

15. Tem ou já teve infecção urinária de repetição?

() Não () Sim. Explique: _____

16. Já fraturou (quebrou) algum osso? Se sim, onde e qual tratamento (gesso, cirurgia)?

() Não () Sim. Explique: _____

17. Tem ou já teve Convulsão ou Epilepsia? Se sim, qual tratamento?

() Não () Sim. Explique: _____

18. Usa óculos? Se sim, por qual motivo (miopia, astigmatismo, estrabismo, etc)?

() Não () Sim. Explique: _____

19. Possui outra doença do olho () Não () Sim. Qual? _____

20. Possui alguma doença no sangue? Ex.: Anemia, plaqueta baixa, púrpura?

() Não () Sim. Explique: _____

21. Possui hérnia umbilical ou inguinal? Já operou?

() Não () Sim. Explique: _____

SOMENTE PARA MENINOS

1. Possui fimose? () Não () Sim. Tratamento: _____

2. Possui varicocele (veias aumentadas)? () Não () Sim. Tratamento: _____

3. Possui alguma outra doença nos órgãos genitais?

() Não () Sim. Explique: _____

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?

6

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: / /

PARA USO EXCLUSIVO DO AUDITOR E DO PLANO DE SAÚDE

Beneficiário: essa folha será preenchida com o CID-10 (Código Internacional de Doenças) de acordo com as doenças e patologias declaradas. Esse preenchimento será feito pelo auditor. Favor apenas assinar no final da folha.

DLP IDENTIFICADAS MEDIANTE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

DLP – Doença ou Lesão Pré-Existente	Código CID-10

CONSIDERAÇÕES DO MÉDICO AUDITOR

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Data: ____ / ____ / ____

Médico Auditor_____
Beneficiário

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