

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 TITULAR	
Nome:	
Local:	Data: / /
CPF:	
Assinatura:	

CONSULTOR	
Nome:	
Local:	Data: / /
CPF:	
Assinatura:	

Titular			CPF		
			/ / -		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Identidade (RG)		
/ /					
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Comercial	Ocupação	
()		()			
Nome dos Dependentes			Sexo (M / F)	Data de Nascimento	Parentesco
01				/ /	
02				/ /	
03				/ /	
04				/ /	
05				/ /	
06				/ /	
07				/ /	
08				/ /	
Nome do Profissional de Saúde			Carimbo e assinatura do Profissional de Saúde		
Data da Entrevista / /					

LEIA COM ATENÇÃO-INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- No preenchimento dessa declaração, 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 honorários serão de sua responsabilidade.
- 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.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido :
Cobertura Parcial Temporária - o proponente não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, 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 que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao proponente para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**

DEFINIÇÕES:

Para fins da presente Declaração, e em cumprimento à Resolução Normativa RN nº 20, de 12 de dezembro de 2.002, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ficam e estabelecidas as seguintes definições;

- Cobertura Parcial Temporária:** período de até 24 (vinte e quatro meses), estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.
- Agravo:** acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

Item	Sofre ou sofreu de alguma das doenças ou lesões exemplificadas abaixo? Preencha (S) para respostas afirmativas e (N) para respostas negativas.	(T)	DEPENDENTES							
			01	02	03	04	05	06	07	08
01	Você tem ou já teve algum tipo de câncer? Exemplo: Leucemia, câncer de pele, câncer de pulmão, câncer de mama, entre outros.									
02	Você tem ou já teve algum tipo de doença ou condição ortopédica? Exemplos: Desvios de coluna, escoliose, cifose, artrite ou artrose, osteoporose, tendinites, hérnia de disco, entre outros.									
03	Você já quebrou, torceu, luxou ou machucou alguma parte do seu corpo? Exemplos: Fraturas de ossos, torções ou rompimentos de ligamentos, entre outros.									
04	Você possui ou já possuiu órteses e/ou próteses? Exemplos: Próteses de quadril ou joelho, placas, pinos, hastes, stent, marca-passo cerebral, entre outros.									
05	Você tem ou já teve problemas de saúde ou doenças do sistema respiratório? Exemplos: Amigdalite crônica, desvio de septo, hipertrofia do corneto, problemas de adenoide, problemas dos pulmões, problemas de respiração em geral, sinusite, asma, entre outros.									
06	Você tem ou já teve algum problema de saúde ou doenças dos ouvidos e orelhas, problemas de audição? Exemplo: Otite crônica, orelhas de abano, surdez, doença de menière, colesteatoma, entre outros.									
07	Você tem algum problema de saúde, doença ou já sofreu algum trauma na mandíbula? Exemplo: Mandíbula torta, malformações que causam dores e dificuldades de movimentar a mandíbula e articulações, prognatismo, retrognatismo, entre outros.									
08	Você tem ou já teve algum problema de saúde ou doença do coração ou sistema circulatório em geral? Exemplo: Arritmias, AVC, trombose, varizes, tem marca-passo, já realizou cirurgia cardíaca, infarto, insuficiência coronariana, aneurisma, entre outros.									
09	Você tem ou já teve problemas de saúde ou doenças do sistema digestivo ou na região abdominal em geral? Exemplos: Úlceras, refluxo, apendicite, gastrite, pedra na vesícula, hérnias na virilha, barriga ou umbigo, colite, doença diverticular entre outros.									
10	Você tem ou já teve problemas de vista ou doenças dos olhos em geral? Exemplo: Miopia, hipermetropia, astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, doenças ou traumas da retina, entre outros.									
11	Você tem ou já teve algum problema de saúde ou doença dos rins ou sistema urinário em geral? Exemplos: Pedras nos rins, insuficiência renal, já fez diálise ou hemodiálise, incontinência urinária, entre outros.									
12	Você apresentou algum tipo de malformação congênita no seu nascimento? Exemplos: Síndrome de Down, malformação do coração, fimose, deformidades em algum membro, pé plano, entre outros.									
13	Você tem ou já teve algum tipo de doença ligada a hormônios e metabolismo? Exemplo: Diabetes, hiper ou hipotireoidismo, colesterol alto, obesidade, entre outros.									
14	Você tem ou já teve algum tipo de doença infecciosa ou parasitária? Exemplo: Zika, Dengue, Chikungunya, Doença de chagas, Toxoplasmose, entre outros.									
15	Você tem ou já teve algum tipo de DST (doença sexualmente transmissível)? Exemplo: AIDS, hepatites B ou C, sífilis, HPV, entre outros.									
16	Você tem ou já teve alguma doença ou problema de saúde relacionado ao sangue? Exemplo: Anemia, hemofilia, já fez transfusão de sangue, entre outros.									
17	Você tem ou já teve algum tipo de doença ou debilidade mental ou problemas de ordem comportamental? Exemplos: Depressão, Alzheimer, Esquizofrenia, abuso de álcool ou drogas, psicose maníaca depressiva entre outros.									
18	Você tem ou já teve algum problema de saúde ou doença do sistema nervoso ou distúrbios do sono? Exemplos: meningite, encefalite, Parkinson, esclerose, doenças da medula, epilepsia, enxaqueca, paralisia facial ou cerebral, hidrocefalia, ronco, apneia, entre outros.									
19	Você possui algum problema de saúde ou doença do anus ou do reto? Exemplos: Hemorroidas, fissura anal, entre outros.									
20	Você tem ou já teve algum tipo de doença ou lesão de pele? Exemplo: Lesões de pele, furúnculos, calos, psoríases, queloides, entre outros.									
21	(Mulher) Você está grávida?									
22	(Mulher) Você apresenta algum problema de saúde ou doenças relacionadas ao aparelho ginecológico? Exemplos: Cisto de ovário, mioma, endometriose, ruptura do períneo, entre outros.									
23	(Homem) Você tem algum problema de saúde ou doenças da próstata? Exemplos: Síndrome prostática, doenças que resultam em dificuldades para urinar, entre outros.									
24	Você possui ou já possuiu alguma doença ou lesão não especificada acima?									
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:		PESO								
		ALTURA								
		IDADE								

