

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 Agravio, 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 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	Intermediário entre a operadora e o beneficiário
_____, ____/____/____ Local Data	_____, ____/____/____ Local Data
Nome _____	Nome _____
CPF _____	CPF _____
Assinatura _____ Nome legível, assinatura e CPF	Assinatura _____ Nome legível, assinatura e CPF

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Contrato nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo beneficiário, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

Unimed



Ribeirão Preto

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Este questionário é um documento importante para o seu contrato com a Unimed.
2. **Não será aceito questionário com rasuras.** Não aplique corretivos.
3. **TODAS as perguntas precisam, obrigatoriamente, ser respondidas.** Os espaços em branco das perguntas dissertativas e dos quadros devem ser anulados.
4. O questionário deve ser respondido de próprio punho (letra legível) ou à máquina, informando **SIM** para respostas afirmativas e **NÃO** para respostas negativas.
5. O menor de 18 anos deverá ter o seu questionário assinado pelo seu responsável Legal.
6. **ATENÇÃO:** As respostas emitidas devem espelhar fielmente as condições atuais de saúde e os antecedentes do beneficiário. **Não omita nenhuma informação.**

DADOS CADASTRAIS

Nome			
Sexo (M/F)	Profissão	Fone(s)	
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail			

O objetivo desta Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, e das quais tenha conhecimento na data de assinatura da proposta acima referida.

CARACTERÍSTICAS BIOMÉTRICAS

1. Idade (ano(s) e mês(es) por exemplo: 1a 8m)	anos	meses
2. Peso em kg (por exemplo: 81)		
3. Altura em metros (por exemplo: 1,80)		
4. Índice de Massa Corpórea (IMC) – Campo preenchido pela Operadora		

HISTÓRICO MÉDICO

SIM NÃO

5. Hoje, tem algum problema de saúde? Especifique adiante.		
6. Sofre de alguma doença infecto-contagiosa, como aids, hepatite, chagas, tuberculose, meningite, HPV, Sífilis, outras? Especifique adiante.		
7. Sofre de doença respiratória, como enfisema, asma, bronquite, pneumonia, sinusite, rinite, amigdalite, desvio de septo, obstrução nasal e outras? Especifique adiante.		
8. Sofre de problemas ortopédicos, como escoliose, cifose, artrose, L.E.R., cisto sinovial, túnel do carpo, fraturas, hérnia de disco, problemas nos joelhos ou outros distúrbios ósseos de membros? Faz fisioterapia? Especifique adiante.		



SIM NÃO

9. Sofre de doenças neurológicas, tais como: derrame cerebral, convulsões, , aneurismas, obstrução de carótidas e/ou vertebrais, hiperatividade, enxaqueca, perdas cognitivas ou de memória e outras? Especifique adiante.		
10. Sofre de diabetes, problemas de tireoide, outros problemas endócrinos ou hormonais? Apresenta alterações nos exames de colesterol, triglicérides, ácido úrico ou outros? Especifique adiante.		
11. Sofre de câncer, como tumores ou leucemia? Especifique adiante.		
12. Sofre de hérnia de qualquer natureza? Especifique adiante.		
13. Sofre de doença cardíaca vascular, valvular, hipertensão arterial? Especifique adiante.		
14. Sofre de alguma doença do aparelho urinário, como rins, bexiga, próstata, uretra e outras? Faz hemodiálise? Especifique adiante.		
15. Sofre de algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico, depressão ou ansiedade graves e outros? Especifique adiante.		
16. Sofre de doenças ginecológicas, como cisto no ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama, outros cistos e tumores ginecológicos, ruptura ou problemas no períneo? Especifique adiante.		
17. Sofre de alguma doença reumatológica, como reumatismo, artrite, fibromialgia e outras? Especifique adiante.		
18. Sofre de sequela de acidente, doença e/ou cirurgia plástica? Especifique adiante.		
19. Sofre de doença congênita tais como: má formação do coração, hipospádia, etc? Apresenta alguma sequela da mesma? Especifique adiante.		
20. Sofre de úlcera, gastrite, refluxo, outras doenças no aparelho digestivo como vesícula, pâncreas, intestino (divertículos / pólipos, lesão na região anal, etc), fígado? Especifique adiante.		
21. Sofre de deficiências visuais, tais como: catarata, glaucoma, problemas de retina, miopia, astigmatismo, hipermetropia, presbiopia (vista cansada), lesões nas pálpebras ou na parte externa do olho, estrabismo e outras? Especifique adiante.		
22. Sofre de lesões de pele (verruga, micose, caroço, manchas)? Apresenta excesso de sudorese (hiperidrose) em alguma parte do corpo (mãos, axilas, pés)? Especifique adiante.		
23. Sofre de algum tipo de varizes, aneurismas, trombose, flebite e hemorroidas? Especifique adiante.		
24. Sofre qualquer tipo de dependência química? Especifique adiante.		
25. Sofre de problemas com a fala ou audição, surdez, otites e/ou outros? Especifique adiante.		
26. Deseja registrar, espontaneamente, comentários ou informações adicionais que julgue importantes como o uso de válvulas, pinos, próteses, lentes, bem como cirurgias realizadas? Use espaço indicado adiante, utilizando, se necessário, as referências das principais cirurgias: (congênitas, coração, crânio, coluna, estômago, vesícula, hérnias, hemorroidas, intestinos, varizes, tireoide, ovário, útero, mamas, olhos, catarata, retina, miopia, glaucoma, ouvidos, nariz, dos ossos, meniscos, ligamentos, de fraturas, para câncer, plásticas estéticas ou reconstrutivas, pulmões próstata, bexiga, rins, uretra, de cálculos urinários e/ou outras (partos/cesáreas).		

EXAMES REALIZADOS

EXAMES	SIM	NÃO	RESULTADO
27. Tomografia de crânio / coluna / ombros / joelhos tórax / abdômen			
28. Ressonância magnética / crânio / coluna / ombros joelhos / tórax / abdômen			
29. Ecocardiograma (“ultrassom coração”)			
30. Cateterismo cardíaco			
31. Cintilografia do coração (“mapeamento”)			
32. Ultrassom de veias/artérias (“duplex scan”)			
33. Endoscopia digestiva			
34. Colonoscopia/Vídeo-laparoscopia			
35. Histeroscopia (mulheres)			
36. Prova ventilatória (respiratórias)/Broncoscopia			
37. Densitometria óssea			
38. Ultrassom de Abdomen/Mamas			
39. Mapeamento de retina			
40. Retinografia/Ultrassom dos olhos			
41. Urodinâmica/Cistoscopia			
42. Mamografia (mulheres/homens)			
43. Ultrassom ginecológico (mulheres)			
44. Punção biópsia (mamas, próstata, tireóide, etc.)			
45. Ultrassom de próstata (homens)			
46. Ultrassom dos rins			
47. Urografia excretora			
48. Audiometria/Impedânciometria			
49. Otoemissões acústicas/B.E.R.A.			
50. Fibronasolaringoscopia/Laringoscopia			
51. Vecto-eletronistagmografia			
52. Polissonografia/Eletroencefalograma digital			
53. Biometria ocular/Microscopia Especular			

Obs.: Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item e o motivo.

[illegible]

Deseja registrar espontaneamente informações que julgue necessárias e não foram perguntadas anteriormente?

[illegible]

**RELAÇÃO DA(S) DOENÇA(S) E LESÃO(ÕES) PREEXISTENTE(S) DECLARADA(S) E CPT ATRIBUÍDA(S) – Campo preenchido pela Operadora**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

Ribeirão Preto,

Assinatura Médico Orientador e/ou avaliador da presente declaração

Carimbo

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DE DOENÇA(S) E LESÃO(ÕES) PREEXISTENTES DECLARADA(S) E CPT ATRIBUÍDA(S)

Tenho ciência e concordo que havendo a informação de doença(s) ou lesão preexistente(s), identificada(s) através das indicações assinaladas no todo dessa declaração por minha parte e listadas pela **Operadora** nesta página de nr. 06, para as quais será atribuída a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, com a **Suspensão da Cobertura para Procedimento de Alta Complexidade (PAC), Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos Cirúrgicos relacionados à(s) Doença(s) ou Lesão(ões) Preexistentes(s) Declaradas(s)**, por um período ininterrupto de **24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir da data de início de vigência do contrato.

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravio como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

Reconheço e firmo o presente termo mediante assinatura abaixo:

Assinatura

Beneficiário:

Declaro para os devidos fins e efeitos que:

(I) Autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;

(II) Estou ciente de que a omissão de informação sobre a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da qual eu saiba ser portador na data da assinatura desta proposta, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, desde que seja comprovada a ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que receber comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência de doença ou lesão não declarada;

(III) Tenho conhecimento e total concordância de que a omissão e/ou prestação incorreta ou parcial de informações relevantes poderão caracterizar como fraude a adesão ao presente contrato;

(IV) ☐ Optei ser orientado por um médico indicado pela Operadora.

☐ Optei ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.

☐ Recusei a presença de um médico orientador.

Local e data

Assinatura do proponente (passível de reconhecimento em cartório)