

ANEXO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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 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

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nº: _____

PROPOSTA DE ADESAO AO PLANO DE SAÚDE / DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Em relação aos quesitos abaixo, solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada respondendo com um X caso "sim" ou deixando em branco caso "não".	Tít	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep	5º Dep
1	Aparelho Cardiovascular (Angina, Infarto, Hipertensão, Doença Reumática e Chagas, outras Valvulopatias, Aneurismas); já foi Submetido a algum tratamento?						
2	Aparelho Digestivo (Vesícula, Fígado, Pâncreas, Esôfago, Intestino e Outros)?						
3	Aparelho Genito-Urinário (Cálculos, Ureter, Bexiga, Próstata, Infecção Urinária e Outras)?						
4	Aparelho Respiratório (Asma, Bronquite, Efisema, Pneumonia, Tuberculose, e Outras)?						
5	Problemas Gineco-Obstétricos (Infertilidade, Distúrbios Menstruais, Gravidez, Períneo, Mioma, Cistos de Ovários e Trompas, Complicações no Parto, Sangramento ou Endometriose)?						
6	Doenças Oculares (Deficiência Visual, Astigmatismo, Miopia, Catarata, Glaucoma, Estrabismo e Outros)?						
7	Distúrbios Mentais e do Comportamento (Nervosismo, Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Neurose, Ingestão de Alcool ou Drogas, Outros)?						
8	Doenças de veias e artérias (Varizes, Trombose, Aneurismas)?						
9	Doenças dos órgãos genitais masculinos (Próstata, Hidroceles, Outros)?						
10	Doenças endócrinas ou metabólicas (Diabetes, Tiróide, Supra-Renal, Hipófise e Outras)?						
11	Doenças da mama (Cistos, Displasias, Outros)?						
12	Doenças do sistema imune (Lupus, Artrite Reumatóide, Outras)?						
13	Doenças neurológicas (Derrame, Paralisia, Epilepsia, Desmaios, Parkinson, Outras)?						
14	Hérnias de qualquer natureza (Inguinal, Umbilical Outras)?						
15	Problemas hematológicos (Anemia, Leucemia, Coagulopatias, Outras)?						
16	Malformações congênitas ou adquiridas?						
17	Doenças otorrinolaringológicas (OTITE, Sinusite, Amigdalite, Rinite, Faringite, Vertigem, Outras)?						
18	É portador ou têm sequela de alguma doença neoplásica (Câncer), já fez alguma cirurgia, quimioterapia ou radioterapia)?						
19	Doenças do aparelho osteolocomotor (Hérnia de Disco, Escoliose, Artrite, Artrose, Joanete, Osteomielite, Outras)? Já necessitou de cirurgia ou fisioterapia?						
20	É portador ou tem sequela de doença infectocontagiosa (AIDS ou outras DST's, Hepatite, Tuberculose, Meningite, Outras)?						
21	Tem algum tratamento clínico cirúrgico indicado e ainda não realizado?						
22	Deficiência de órgãos, membros ou sentidos?						
23	Teve alguma internação clínica ou fez alguma cirurgia nos últimos 12 meses? Qual motivo?						
24	Teve algum acidente que tenha deixado alguma sequela ou necessite de algum tratamento médico?						

Item	Em relação aos quesitos abaixo solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada, respondendo (sim) ou (não).	Tit	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep	5º Dep
25	História de câncer, hipertensão, infarto ou diabetes na família?						
26	História de alergias?						
27	Alguma não relacionada acima? Qual?						
28	Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____						

OBS.: SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR "SIM", ESCLAREÇA ABAIXO:

Nº ITEM	Nº TITULAR/DEPENDENTE	ESPECIFICAR

Nome do proponente:	Assinatura do proponente:

ENTREVISTA QUALIFICADA

- a) | Declaro que fui orientado por médico referenciado da UNIMED no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- b) | Declaro que fui orientado pelo meu médico Particular no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- c) | Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde acima e que dispensei orientação médica para responder às mesmas assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas

DEFINIÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E DE AGRAVO

I – 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 relacionadas exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

II – 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.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Pela presente e na melhor forma do direito, declaro que na oportunidade do preenchimento da Declaração de Saúde, me foi esclarecido que eu poderia utilizar-me de um médico para minha orientação. Fui esclarecido ainda que o médico orientador poderia ser um outro não referenciado, de minha recreação, sendo que neste caso as despesas correriam por minha exclusiva conta e risco. A Cooperativa ofereceu-me uma relação dos médicos referenciados pela operadora.

Eu, qualificado como proponente de um Plano de Saúde junto à Operadora UNIMED Natal, assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas tipograficamente, mesmo que não sejam de meu próprio punho, que coincidem com a cópia carbonada em meu poder. Declaro ter ciência dos termos do artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que se o Proponente ou Usuário não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou nos volumes dos valores envolvidos, perderá os direitos pactuados, sem prejuízo dos haveres da Contratada.

Da mesma forma declaro-me ciente também que:

1. Este Plano de Saúde só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei na Declaração de Saúde poderão a operadora a solicitar-me esclarecimentos e, ou, escolher o Plano com restrições de cobertura, ou agravo por minha opção. Somente a emissão, vencimento e pagamento da primeira mensalidade caracteriza aceitação da minha proposta e marca a data de início das contagens dos períodos de carência consignados em contrato próprio.

2. No presente ato, e na melhor forma do direito, formalizo a autorização junto a qualquer profissional de saúde, laboratório, clínica, hospital, operadores de planos e de seguros de saúde, bem como a outras organizações ou pessoas a fornecerem à UNIMED Natal ou quem ela formalmente indicar, quaisquer informações relacionadas à minha saúde e à de meus dependentes e agregados.

Ocorrendo o pagamento de despesas médico-hospitalares diretamente pela Operadora, em nome e por conta do usuário e/ou seus dependentes e agregados, ou ainda reembolso de tais despesas, os comprovantes valerão como instrumento de cessão, ficando a Operadora sub-rogada até o limite da importância despendida, em todos os direitos e ações do Usuário e, ou, seus dependentes e agregados, contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenha causado os prejuízos suportados pela Operadora, ou para eles concorrido, obrigando-se o Usuário e, ou, seus

dependentes e agregados, a facilitar os meios necessários ao exercício dessa subrogação.

Declaro também, para todos os fins e efeitos, ter conhecimento de que a conclusão, o aproveitamento, a redução ou isenção de prazos de carência não representam direito a utilização do Plano de Saúde para procedimentos não cobertos pelo contrato adotado.

Declaro, ainda, que tomei conhecimento das variações nos valores envolvidos, em função de taxas de fator moderador, parcelas de co-participação e franquias da UNIMED Natal e que estou ciente que para cobertura de gravidez e parto, será necessário o cumprimento de carência de 300 (trezentos) dias, sem exceção; sabendo que não será admitida a presunção de que a Operadora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem do contrato, ou de comunicados formais com data posterior à assinatura do presente.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das condições gerais contidas no Contrato de Plano de Saúde, bem como de todos os anexos e documentos envolvidos, que neste ato estou recebendo

_____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PROPONENTE