

## 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 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.

### **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.**



**ANS - n° 41794-7**

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

A horizontal timeline diagram. The left portion is labeled 'Local' and the right portion is labeled 'Data'. There are two tick marks on the timeline, one separating the 'Local' and 'Data' sections, and another further to the right within the 'Data' section.

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

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				/ /	
Nome do Médico Entrevistador			Carimbo e assinatura do médico		
Data da Entrevista / /					

### LEIA COM ATENÇÃO INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1) 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, sendo que neste último caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 2) 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.
- 3) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido Cobertura Parcial Temporária, de modo que 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.
- 4) 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.
- 5) 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 558, de 14 de dezembro de 2022, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ficam estabelecidas as seguintes definições:

I - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro 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;

I - Agravos 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; e

## QUESTIONÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE, QUE DEVE SER PREENCHIDO PELO CONTRATANTE

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS							
Item	Sofre ou sofreu de alguma das doenças ou lesões exemplificadas abaixo? Já foi aventada possibilidade de alguma das doenças abaixo? Preencha (S) para respostas afirmativas e (N) para Respostas negativas.	(T)	DEPENDENTES				
			01	02	03	04	05
01	<b>Neoplasia (câncer)</b> , como câncer de pulmão, intestino, mama, próstata, útero, pele, leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma ou outros tipos de câncer?						
02	<b>Lesões de pele?</b>						
03	<b>Doença infecciosa ou parasitária</b> , como tuberculose, AIDS, moléstia de chagas, hanseníase (lepra), sífilis, tifo, poliomielite (paralisia Infantil), hepatite, toxoplasmose, malária ou outra?						
04	<b>Doença endócrina ou metabólica</b> , como hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes, desnutrição, obesidade, desnutrição, alterações de colesterol e de triglicerídeos ou outra?						
05	<b>Doença do sangue</b> , como anemia, hemofilia, ou outra?						
06	<b>Doença mental</b> , como doença de Alzheimer, depressão, doença mental ou de comportamento devido ao uso de álcool ou drogas, esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva (PMD), ansiedade ou outra?						
07	<b>Doença do sistema nervoso</b> , como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, meningite, encefalite, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, epilepsia, enxaqueca, distúrbios do sono, paralisia facial, hidrocefalia, doenças da medula, doenças congênitas, autismo, ou outra?						
08	<b>Insuficiência renal</b> (mal funcionamento dos rins), fez ou faz diálise ou hemodiálise (Filtração do Sangue)?						
09	<b>Doença dos olhos</b> , como: doenças da pálpebra, do aparelho lacrimal e da órbita, da conjuntiva da córnea, cataratas, miopia, astigmatismo, hipermetropia, doenças da retina, glaucoma, neurites ópticas, estrabismo, cegueira, traumatismos visuais ou outra?						
10	<b>Doença do ouvido</b> , como otite externa ou interna, otosclerose, surdez ou outra?						
11	<b>Doença do aparelho cardiocirculatório</b> , como angina, cardiopatia reumática, hipertensão arterial, insuficiência coronariana, cirurgia cardíaca prévia, infarto do miocárdio, miocardiopatias, arritmias cardíacas, insuficiência cardíacas, doença cardíaca congênita, acidente vascular cerebral (derrame cerebral), arteriosclerose, aneurismas, trombozes, flebite, varizes ou outra?						
12	<b>Doença do aparelho respiratório</b> , como infecções agudas das vias aéreas superiores (faringites, amigdalites), pneumonia, gripe, sinusite, laringite, enfisema, asma, bronquectasia, doenças pulmonares, ronco, apneia do sono, desvio de septo, adenóide, fibrose cística, fibrose pulmonar ou outra?						

13	<b>Doença do aparelho digestivo</b> , como úlcera, gastrite, colite, doença de vesícula biliar, pancreatite, hérnia de hiato, doença diverticular ou outra?						
14	<b>Má formação congênita</b> , como Síndrome de Down, má formação do coração, hipospádia ou outra?						
15	<b>Doença ortopédica</b> , como hérnia de disco, osteoporose, escoliose (desvio de coluna), artrose, deformidade óssea, lesão ligamentar, lesão de tendão, fratura de repetição ou outra?						
16	<b>Doença do aparelho urinário</b> , como incontinência urinária, cálculo renal, infecção urinária de repetição, tumor de bexiga, ou outra?						
17	<b>Doença do reto ou ânus</b> , como fissura anal, hemorróidas ou outra?						
18	<b>Disfunção da articulação temporomandibular</b> com alterações da função mastigatória, fonação, respiração, má oclusão dentária, fez/faz uso de aparelhos dentários para correções?						
19	<b>Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes</b> , como anemia, púrpura, talassemia, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatóide, lúpus ou outra?						
20	<b>Para as mulheres:</b> está grávida? Se sim, qual o período gestacional?						
21	<b>Para as mulheres:</b> Doença do aparelho ginecológico, como mioma, cisto de ovário, endometriose, ruptura de períneo, nódulos de mama ou outra?						
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS:</b>		<b>PESO</b>					
		<b>ALTURA</b>					
		<b>IDADE</b>					

<b>HISTÓRICO MÉDICO PESSOAL</b>							
Item	Preencha (S) para respostas afirmativas e (N) para Respostas negativas.	(T)	DEPENDENTES				
			01	02	03	04	05
22	Faz acompanhamento médico? Qual especialidade?						
23	Ja necessitou ficar internado para tratamento clínico, cirúrgico ou psiquiátrico?						
24	Já foi indicado algum tratamento cirúrgico por seu médico assistente?						
25	Faz ou fez tratamento para dependência química (álcool ou drogas) ou doença psiquiátrica?						
26	Realiza ou já realizou hemodiálise ou diálise peritoneal?						
27	Realiza ou já realizou radioterapia, braquiterapia ou quimioterapia?						
28	Já fez tratamento para algum tipo de câncer?						

**Caso o proponente titular ou qualquer dos seus dependentes apresentem alguma resposta afirmativa em alguma das perguntas acima, deverá informar no quadro abaixo, de forma detalhada, o motivo, o tratamento realizado, datas em que ocorreram, a situação atual e tudo mais que considerar importante.**

Item	Especificação	(T)	DEPENDENTES				
			01	02	03	04	05


**ATENÇÃO:** A obesidade mórbida será caracterizada para fins de CPT (Cobertura parcial temporária), sempre que o IMC for superior a 40 kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidade. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: IMC=Peso(em kg) / Altura<sup>2</sup> (em metro).

### DECLARAÇÕES

- **Declaro** que a Operadora está autorizada a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações relacionadas ao meu estado de saúde e de meus dependentes, inclusive sobre eventuais moléstias das quais tenhamos sofrido, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.
- **Declaro** estar ciente de que a omissão de informação sobre doenças ou lesões preexistentes da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura deste documento e/ou da proposta, por diagnóstico feito ou conhecido desde que seja comprovado na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do plano de saúde contratado. Neste caso, declaro estar ciente que serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da operadora, sobre a existência da doença ou lesão não declarada;
- **Declaro**, sob as penas da lei, que as informações prestadas acerca das condições de saúde do(s) beneficiário(s) citados nesta declaração de saúde são absolutamente verdadeiras, responsabilizando-me pelas mesmas e estando ciente de que a sua inexatidão poderá acarretar justo motivo para rescisão do contrato;
- **Declaro**, para os fins do § 2º do Artigo 12 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1.998, que a Associação da Santa Casa Saúde de Ribeirão Preto, possui disponibilizado para comercialização, o Plano Privado de Assistência à Saúde - Referência, com cobertura assistência médico - hospitalar, compreendendo partos e tratamentos junto à rede credenciada para todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e que muito embora o mesmo tenha me sido apresentado e oferecido, optei pelo Plano Contratado.
- **Declaro** que:
  - ( ) Optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora;
  - ( ) Optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha, assumindo as despesas com honorários do mencionado profissional;
  - ( ) Por ter entendido todas as questões que integram a Declaração de Saúde, dispensei a presença de um médico orientador para o preenchimento da presente declaração, assumindo total responsabilidade por tais respostas.

#### OBSERVAÇÕES DO MÉDICO ORIENTADOR:


Assinatura do Médico Orientador, com carimbo e CRM: \_\_\_\_\_



A Operadora se reserva no direito de não oferecer Agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária, conforme lhe faculta o artigo 6º, da Resolução Normativa nº 588, de 14 de dezembro de 2022, da ANS.

Na condição de Titular ou representante legal deste, para adesão ao Plano Privado de Assistência a Saúde, declaro que a Operadora me ofereceu e explicou sobre os termos da Cobertura Parcial Temporária (CPT) devido ao fato de os beneficiários indicados na presente Declaração de Saúde serem portadores de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

Por minha livre e espontânea vontade, aceitei a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA e estou de acordo que isto acarrete, durante o prazo de 24 (vinte e quatro) meses após a minha adesão, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente Declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular ou seu Representante legal

**TERMO DE CIÊNCIA E IMPOSIÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA  
PARA DOENÇAS E LESÕES PRE-EXISTENTES**

O(a) beneficiário(a) \_\_\_\_\_, inscrito no RG sob o n. \_\_\_\_\_ e no CPF sob o n. \_\_\_\_\_, ao se submeter ao preenchimento da Declaração de Saúde, declarou ser portador(a) ou sofredor(a), no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de \_\_\_\_\_, razão pela qual declara estar ciente de que será aplicada Cobertura Parcial Temporária para as Doenças e Lesões Pré-existentes ao contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, nos termos da Lei 9656/98 e da Resolução Normativa n. 588/22 da Agência Nacional de Saúde –ANS.

A Cobertura Parcial Temporária será aplicada por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, respeitados os prazos de carência previstos no Contrato, ocasionando a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados às doenças ou lesões preexistentes mencionadas acima e declaradas no ato de preenchimento da Declaração de Saúde pelo(a) beneficiário(a) ou seu representante legal.

A Cobertura Parcial Temporária para o tratamento da(s) referida(s) doença(s), suspende(m), pelo período acima, a cobertura dos seguintes procedimentos, com a observância da Resolução Normativa n.º 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

<b>01</b>	<b>Atos Cirúrgicos:</b>
<b>02</b>	<b>Procedimentos de Alta Complexidade abaixo discriminados:</b>
<b>03</b>	<b>Leitos de Alta Tecnologia como Centros de Terapia Intensiva e suas Unidades de Terapia Intensiva.</b>

A cobertura integral para a(s) referida(s) doença(s), somente será possível após transcorridos os 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

**Assinatura do Beneficiário / Resp. Legal:** \_\_\_\_\_

Médico entrevistador	Carimbo e Assinatura
CRM	