

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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, 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: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Usuário **TITULAR** (nome completo sem abreviações):

Novos usuários (dependentes ou família)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

I – Formulário de Declaração de Saúde – O presente formulário tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DPL), ou seja, aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. **A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento da adesão ao Plano. Nesse caso, o usuário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.**

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

II – Cobertura Parcial Temporária (CPT) – Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o Eletros-Saúde oferecerá ao usuário a CPT que é a cobertura assistencial que admite, **por um período ininterrupto de até 24 meses**, a partir da data da 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 usuário ou seu representante legal.

NÃO há alternativa de substituir a Cobertura Parcial Temporária pelo pagamento de Agravo, ou seja, qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o usuário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

QUESTIONÁRIO:

Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.

Questionário a ser preenchido pelo NOVO USUÁRIO		Titular	Dep1	Dep2	Dep3	Dep4
1	Doença infecciosa ou parasitária (tuberculose, hepatite, AIDS ou portador do vírus HIV, meningite, hanseníase, entre outras)?					
2	Neoplasias malignas (câncer) ou benignas? Especifique. _____					
3	Doenças do sangue (anemia, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especifique. _____					
4	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabéticas, tireoide, obesidade mórbida, entre outras)? Especifique. _____					
5	Transtornos psiquiátricos ou mentais (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especifique. _____					
6	Dependência química (álcool, fumo, drogas)? Especifique. _____					
7	Doenças neurológicas (Parkinson, Alzheimer, epilepsia, paralisia cerebral, esclerose múltipla, entre outras)? Especifique. _____					
8	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, glaucoma, entre outras)? Especifique. _____					
9	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (labirintite, adenoide, perda da audição, desvio do septo, entre outras)? Especifique. _____					
10	Doenças do aparelho circulatório (trombose, insuficiência cardíaca, derrame, hipertensão arterial, varizes, entre outras)? Especifique. _____					
11	Doenças pulmonares (asma, bronquite, tuberculose, entre outras)? Especifique. _____					
12	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, cirrose hepática, colite, hérnia de hiato, refluxo gastro-esofágico, entre outras)? Especifique. _____					
13	Doenças da pele (psoríase, dermatites, alergias, entre outras)? Especifique. _____					
14	Doenças osteomuscular (artrose, artrite, osteoporose, reumatismo, hérnia de disco, entre outras)? Especifique. _____					

Questionário a ser preenchido pelo NOVO USUÁRIO - continuação		Titular	Dep1	Dep2	Dep3	Dep4
15	Doenças do aparelho genito urinário (insuficiência renal, cisto de ovário, endometriose, nefrite, incontinência renal, fimose, nódulo mamário, entre outros)? Especifique. _____					
16	Sofre(u) de traumatismos e/ou fraturas? Especifique. _____					
17	Doenças ou má formações congênitas ou hereditária? Especifique. _____					
18	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique. _____					
19	Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique. _____					
20	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique. _____					
21	Sofre(u) de doenças profissionais ou ocupacionais (LER)? _____					
22	Tem indicação de submeter-se a algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado nos próximos meses?					
23	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique. _____					
24	Faz uso de alguma medicação rotineiramente? Especifique. _____					

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, onde se perguntou sobre a existência de doença, indique abaixo o item, especificação e período de doença.

Item	Usuário	Esclarecimentos sobre a declaração	Período da doença

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e aos novos usuários, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão da adesão ao ELETROS SAÚDE, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos com cirurgia, uso de leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligados às doenças ou lesões preexistentes. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar ao ELETROS-SAÚDE as informações necessárias sobre meu estado de saúde e de meu(s) dependente(s), resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Tenho ciência que após a avaliação da Declaração de Saúde, o ELETROS-SAÚDE poderá convocar a mim e/ou meus dependentes para a realização de qualquer exame ou perícia médica.

DECLARO QUE FUI ORIENTADO POR MÉDICO

 DA OPERADORA PARTICULAR

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Assinatura/Nome/CRM

 DECLARO QUE DISPENSEI A ORIENTAÇÃO DE UM PROFISSIONAL MÉDICO**DECLARO QUE RECEBI UMA VIA DA RESPECTIVA DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Local

____/____/____

Data

Assinatura do Titular: