

## 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 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: \_\_\_\_\_

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

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

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

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

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



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### INSTRUÇÕES GERAIS

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, àquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.

No preenchimento desta declaração, o(a) Sr(a) tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou poderá optar por um médico de sua confiança, hipótese em que o ônus financeiro será de sua responsabilidade.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.

Agravo é definido pela ANS como qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de 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 com a operadora. Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 558/22.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a) Sr(a) 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 para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante ANS a omissão do(a) Sr.(a) no ato do preenchimento da declaração.

Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado, onde o dever é do responsável legal.

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

TITULAR

DEPENDENTE

AGREGADO

Nome (completo s/ abreviações): \_\_\_\_\_

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

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

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CNS (Cartão Nacional de Saúde) nº: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o titular (vinculo com o AFRE): \_\_\_\_\_

### Endereço Residencial

CEP: \_\_\_\_\_ Rua/Avenida: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

### Envio de comunicados

Correios

SMS

E-mail

### Outros contatos

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

E-mail Particular: \_\_\_\_\_ E-mail Comercial: \_\_\_\_\_

## ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Para cada doença ou lesão listada abaixo, o (a) Sr (a) deverá assinalar **NÃO**, caso esteja ciente de que não é portador (a) de tal condição, ou **SIM** caso esteja ciente de que é portador (a) dessa condição. Para todas as respostas **SIM**, o (a) Sr (a) deverá especificar a condição de que é portador.

**Pertence/pertenceu a algum plano de saúde nos últimos 30 dias?** Sim  Não

Data de ingresso no plano: \_\_\_\_\_ Qual plano? \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**1) Está fazendo algum tratamento médico?** Sim  Não

Especifique a doença, o tratamento, a localização, e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2) Sofre de alguma doença ocupacional?** Sim  Não

(LER, DORT, Lombalgia, Hérnia, Artrose, Pneumoconiose, outras)

Especifique a doença, o tratamento, a localização, e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3) Está aposentado por motivo de doença?** Sim  Não

Especifique a doença e há quanto tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4) Está afastado do trabalho ou do serviço por motivo de doença?** Sim  Não

Especifique a doença e há quanto tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5) Sofre de alguma seqüela decorrente de Acidente de Trabalho?** Sim  Não

Especifique a seqüela, a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6) Sofre de alguma seqüela decorrente de cirurgia?** Sim  Não

Se sim quais cirurgias realizou? Especifique a seqüela, a localização e desde quando:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7) Sofre de alguma alteração cromossômica ou doença congênita? Sim  Não**

(Síndrome de Down, Má formações, Autismo e outras)

Se sim, descrever quais tratamentos estão sendo realizados. Especifique a condição e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**8) Sofre de alguma doença respiratória? Sim  Não**

(Asma, Bronquite, Enfisema, Desvio de septo, Adenoide, Sinusite, Rinite, outras).

Especifique a doença e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**9) Sofre de alguma doença cardiovascular? Sim  Não**

(Hipertensão arterial, Doença Coronariana, Varizes, Valvulopatias, Insuficiência cardíaca, Arritmias, outras).

Especifique a doença, a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**10) Sofre de alguma doença osteomuscular e tecido conjuntivo? Sim  Não**

(Hérnia disco, Osteoporose, Lesão de menisco e ou Ligamentos, Bursite, Artrites, Artroses, Gota, Lúpus, Tenossinovites, Escoliose, Lordose, outras).

Especifique a doença, a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**11) Já realizou cirurgia ortopedica? Sim  Não**

Se sim, qual região do corpo? Há quanto tempo? Especifique a doença, o motivo e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**12) Sofre de alguma doença do aparelho auditivo? Sim  Não**

(Surdez, Otites, Labirintite, outros).

Especifique a doença, o motivo e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**13) Sofre de alguma doença da visão? Sim  Não**

(Miopia, Estrabismo, Glaucoma, Hipermetropia, Astigmatismo, Catarata, Ceratocone, Retinopatia, Cegueira, outras).

Especifique a doença, o motivo e desde quando: \_\_\_\_\_

---

**14) Em caso de Miopia, Hipermetropia e Astigmatismo informar o grau:**

Olho direito

Olho esquerdo

---

---

---

**15) Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? Sim  Não**

(Gastrite, Úlcera, Colite, Cirrose, Hepática, Hepatite, Hérnia, Pancreatite, Doença da Vesícula Biliar, Hemorroidas, Diverticulite, outras).

Especifique a doença e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**16) Necessitou alguma cirurgia, qual? Sim  Não**

---

---

---

**17) Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? Sim  Não**

(Cólica Renal, Insuficiência Renal, Doenças de próstata, Tumores, Infertilidade, Endometriose, Mioma, Cisto de ovário, Infecção urinária, outros).

Informar se realizou cirurgia e qual?

Especifique a doença e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**18) Sofre de alguma doença neurológica? Sim  Não**

(Enxaqueca, Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer, Epilepsia, Tumores, Paralisia, Sequela de derrame, outras).

Se sim, qual tratamento está realizando? Teve alguma internação?

Especifique a doença, a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**19) Sofre de alguma doença endócrina? Sim  Não**

(Diabetes, Hipertireoidismo, Hipotireoidismo, Desnutrição, Obesidade, outras).

Especifique a doença e desde quando: \_\_\_\_\_

---

---

**20) Teve alguma doença Infectocontagiosa e/ou Sexualmente Transmissível?**

Sim  Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**21) Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química? Sim  Não**

(Psicose, Depressão, Alcoolismo, uso de outras drogas).

Especifique a doença e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**22) Sofre de doença neoplásica? (câncer) Sim  Não**

Se sim, quais tratamentos já realizou? \_\_\_\_\_

Especifique a doença, a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23) Sofre de doença do sangue? Sim  Não**

(Anemia, Leucemia, Hemofilia, outros).

Realizou transfusões, quantas? \_\_\_\_\_

Especifique a doença e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**24) Sofre de alguma doença de pele (Nervos, Sinais, outros) ou Alérgicas, Urticárias (outras)?**

Sim  Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**25) Sofre de distúrbio do sono ou apneia do sono? Sim  Não**

Especifique qual e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**26) Sofre de hiperidrose (Excesso de suor nas mãos, Axilas, Rosto ou outros locais)?**

Sim  Não

Especifique a localização e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**27) Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias (Má-Oclusão, Macrognatismo, Micrognatismo, Prognatismo, Retrognatismo, outros)?** Sim  Não

Realizou alguma cirurgia? \_\_\_\_\_

Especifique qual e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**28) Faz uso de prótese(s), órtese (s) (Pino, Parafuso, Placa, Fios, Silicone, outros)?**

Sim  Não

Estético? Sim  Não

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**29) Já realizou algum transplante de órgão?** Sim  Não

Se sim, mencionar qual órgão. Especifique qual e desde quando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**30) Já teve alguma internação para tratamento clínico?** Sim  Não

Se sim, mencionar qual o tratamento. Especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**31) Havendo algum problema de saúde não questionado, favor descrever a seguir:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quanto à orientação médica para o preenchimento desta Declaração de Saúde, declaro que optei:**

Ser orientado (a) por médico (a) designado (a) pela AMAFRESP

Dr. (a.) \_\_\_\_\_ CRM n. \_\_\_\_\_

Ser orientado (a) por médico (a) de minha escolha.

Dr. (a.) \_\_\_\_\_ CRM n. \_\_\_\_\_

Dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

**Quanto às Doenças e/ou Lesões Preexistentes, declaro:**

Que me foi oferecida a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

## DECLARAÇÃO

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a AMAFRESP considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes das quais saiba ser portador no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizada com o tratamento ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da AMAFRESP alegando a existência de **Doença ou Lesão Preexistente** não declarada.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas neste documento são verdadeiras e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

\_\_\_\_\_  
Assinaturado Beneficiário ou responsável legal

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

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PARECER DO MÉDICO AVALIADOR

- Não possui doença ou lesão preexistente
- Com necessidade de perícia médica
- Com doença ou lesão preexistente sem a necessidade de perícia médica
- Com doença ou lesão preexistente com necessidade de perícia médica

**CID:** \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MEDICO AVALIADOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PARECER DO MÉDICO AUDITOR

Se aplica cobertura parcial temporária? Sim  Não

Prazo a cumprir: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Doença ou lesão preexistente identificada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MEDICO AUDITOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PARECER DO DIRETOR AMAFRESP

Se aplica cobertura parcial temporária? Sim  Não

Prazo a cumprir: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Doença ou lesão preexistente identificada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DIRETOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_