

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado 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 como 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

_____ Não aplicável _____

Local: Não aplicável **Data:** N/A/ N/A / N/A

Nome: Não aplicável

CPF: Não aplicável

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

INSTRUÇÕES GERAIS

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o beneficiário ou seu representante legal tenha conhecimento no momento da assinatura do Termo de Adesão, independentemente de diagnóstico formal.

Para o preenchimento desta Declaração de Saúde, o beneficiário poderá optar pela realização da entrevista qualificada, sendo 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 o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde deverão ser informadas as Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) que saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, bem como esclarecer questões relativas aos direitos de coberturas e consequências em caso de possíveis omissões de informações.

Quando necessário, o beneficiário poderá ser submetido à perícia médica, conforme disposto na Resolução Normativa ANS nº 558/2022, para fins de esclarecimento das informações prestadas na Declaração de Saúde e de verificação da existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP). Caso a perícia conclua pela existência de omissão de informações relacionadas a Doença ou Lesão Preexistente (DLP), poderá ser oferecida a Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo período remanescente até o cumprimento dos 24 meses contados da data de adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Havendo declaração de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), após análise técnica, poderá ser oferecida a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que consiste na suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, pelo período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Agravo é o acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de saúde pelo beneficiário para que tenha direito a cobertura integral da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) declarada, após os prazos de carências contratuais, observadas as condições negociadas com a operadora. Nos termos do Artigo 6º, § 1º da Resolução Normativa nº 558/22, a oferta de Agravo é **facultativa**; portanto, a AMAFRESP não disponibiliza essa modalidade aos beneficiários ingressantes.

A omissão de informações sobre a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP) da qual o beneficiário saiba ser portador(a) no momento da adesão ao plano de assistência à saúde, desde que comprovada junto à ANS, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento do plano. Neste caso o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) omitida, a partir da data do recebimento da comunicação ou notificação da operadora alegando a omissão da Doença ou Lesão Preexistente (DLP). Esclarecemos que nenhuma cobertura poderá ser negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora comprove, perante a ANS, a omissão do beneficiário.

Obrigatoriamente, todas as perguntas devem ser respondidas. Na hipótese de assinatura física, todas as páginas da Declaração de Saúde devem ser rubricadas. O preenchimento deste documento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário ou seu responsável legal, mediante comprovação desta condição.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

TITULAR

DEPENDENTE

AGREGADO

Nome (completo e sem abreviações): _____

CPF: _____

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Todas as perguntas são de preenchimento obrigatório. Para cada Doença ou Lesão Preexistente (DLP) listada abaixo, o beneficiário deverá assinalar “NÃO”, caso não tenha conhecimento da existência de tal condição, ou “SIM”, caso tenha conhecimento da existência dessa condição, independentemente de possuir diagnóstico formal.

Para todas as respostas “SIM”, o beneficiário deverá especificar a condição de saúde correspondente.

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

Data de ingresso no plano: ____/____/____ Qual plano? _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Profissão: _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

1) Está fazendo algum tratamento médico?

Sim Não

Especifique a condição que gerou o tratamento, a localização e desde quando realiza o tratamento:

2) Está realizando investigação médica ou aguardando diagnóstico de alguma condição de saúde?

Sim Não

Especifique a condição investigada, a localização e desde quando está em investigação:

3) Está realizando alguma terapia ou tratamento ambulatorial? (Psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição que gerou o tratamento, o tratamento e desde quando realiza o tratamento:

4) Sofre de alguma doença ocupacional? (LER, DORT, lombalgia, hérnia, artrose, pneumoconiose, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

5) Está aposentado por motivo de doença?

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando está aposentado e tem conhecimento da condição:

6) Está afastado do trabalho ou do serviço por motivo de doença?

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando está afastado:

7) Sofre de alguma sequela decorrente de Acidente de Trabalho?

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

8) Já realizou alguma cirurgia?

Sim Não

Especifique em qual região do corpo, o motivo da realização, o mês e o ano da realização e se realiza ou já realizou algum tratamento ou acompanhamento médico ou terapêutico pós-cirúrgico:

9) Sofre de alguma sequela decorrente de procedimento cirúrgico?

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

10) Sofre de alguma alteração cromossômica, doença congênita ou distúrbio/transtorno do neurodesenvolvimento? (Síndrome de Down, malformações, autismo, TDAH, dislexia, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição. Em caso positivo, se faz necessário a apresentação do relatório médico que comprove o CID indicado:

CID:

11) Sofre de alguma doença respiratória? (Asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, rinite, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização, e desde quando tem conhecimento da condição:

12) Sofre de alguma doença cardiovascular? (Hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

13) Sofre de alguma doença osteomuscular ou do tecido conjuntivo? (Hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco ou de ligamentos, bursite, artrite, gota, escoliose, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

14) Já realizou alguma cirurgia ortopédica?

Sim Não

Especifique em qual região do corpo, o motivo da realização, o mês e o ano da realização e se realiza ou já realizou algum tratamento ou acompanhamento médico ou terapêutico pós-cirúrgico:

15) Sofre de alguma doença ou alteração do aparelho auditivo? (Surdez, otites crônicas, labirintite, otosclerose, perda auditiva, perfuração da membrana timpânica, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

16) Sofre de alguma doença da visão? (Miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo, glaucoma, catarata, ceratocone, retinopatia, cegueira, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

17) Em caso de Miopia, Astigmatismo e Hipermetropia, informe o grau:

Olho Esquerdo

Olho direito

18) Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? (Gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatite, hérnia, pancreatite, hemorroidas, doença da vesícula biliar, entre outras)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

19) Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? (Cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

20) Sofre de alguma deficiência, doença ou transtorno neurológico ou comportamental? (Enxaqueca, mal de parkinson, doença de alzheimer, epilepsia, tumores, paralisia, sequelas de derrames, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

21) Sofre de alguma doença endócrina, metabólica ou hormonal? (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade, síndrome do ovário policístico, colesterol, deficiência hormonal, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

22) Sofre de alguma doença infectocontagiosa e/ou sexualmente transmissível? (AIDS, hepatite B, hepatite C, tuberculose, HPV, clamídia, sífilis, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

23) Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química? (Psicose, depressão, alcoolismo, uso de drogas, TAG, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

24) Sofre de alguma doença neoplásica? (Câncer, leucemia, linfoma, mieloma múltiplo, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

25) Sofre de alguma doença do sangue? (Anemia, leucemia, linfoma, hemofilia, trombose, entre outros)

Sim Não

Já realizou transfusões?

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização, desde quando tem conhecimento da condição e quantas transfusões já realizou:

26) Sofre de alguma doença de pele ou alteração dermatológica? (Nervos, sinais, alergias, dermatites, psoríase, vitiligo, urticárias, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

27) Sofre de algum distúrbio do sono ou apneia do sono? (Narcolepsia, sonambulismo, síndrome das pernas inquietas, terror noturno, bruxismo do sono, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

28) Sofre de hiperidrose? (Excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

29) Sofre de alguma alteração da mandíbula ou arcadas dentárias? (Má oclusão, macrognatismo, micrognatismo, prognatismo, retrognatismo, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

30) Faz uso de prótese(s) e/ou órtese(s)? (Pino, parafuso, placa, fios, silicone, entre outros)

Sim Não

Tem finalidade estética?

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

31) Já realizou algum transplante de órgãos, tecidos ou se encontra na fila para realização?

Sim Não

Especifique a condição, o transplante realizado, o mês e o ano da realização ou desde quando está na fila para realização:

32) Já teve alguma internação para tratamento clínico? (Pneumonia, insuficiência cardíaca, pancreatite aguda, AVC, tratamento de infecções graves, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o motivo da internação, o mês e o ano da realização e se realiza ou já realizou algum tratamento ou acompanhamento médico após a internação:

33) Está grávida?

Sim Não

Especifique há quantas semanas, se há gestação de alto risco ou alguma doença gestacional:

34) Sofre de alguma doença ou transtorno alimentar? (Anorexia nervosa, bulimia, compulsão alimentar, entre outros)

Sim Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

35) Sofre de alguma doença autoimune? (Artrite reumatoide, doença celíaca, esclerose múltipla, diabetes, entre outros)

Sim

Não

Especifique a condição, o tratamento, a localização e desde quando tem conhecimento da condição:

36) Tendo conhecimento de alguma condição de saúde não questionada, por gentileza, descreva a seguir:

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO

Quanto à orientação de preenchimento desta Declaração de Saúde, declaro que optei por:

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

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

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

Dr.(a): _____

CRM: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Médico(a) Responsável.

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 (DLP), das quais saiba ser portador no momento da adesão do plano privado de assistência à saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data da comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de **Doença ou Lesão Preexistente (DLP)** não declarada.

Declaro, para todos os fins que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos para fins de auditoria médica, avaliação das informações declaradas e demais finalidades médico-legais.

Declaro que estou ciente que, após avaliação técnica, poderá ser aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas, sem prejuízo da incidência das carências previstas no Regulamento Amafresp.

Declaro que estou ciente de que meus dados pessoais e/ou pessoais sensíveis serão tratados pela Afresp – Associação dos Auditores Fiscais da Receita Estadual de São Paulo, para a prestação dos serviços de saúde contratados, inclusive no âmbito de programas de prevenção à saúde em conformidade com a legislação aplicável.

Havendo quaisquer dúvidas acerca do tratamento de dados pessoais realizados pela AFRESP, deverá ser consultada a Política de Privacidade disponível em: <https://afresp.org.br/politica-privacidade/>.

Assinatura do Beneficiário

Local: _____ Data: ____/____/____

Se representado por responsável legal:

Nome: _____ CPF: _____ Grau de parentesco: _____

PARECER DO MÉDICO AUDITOR (USO INTERNO)

Necessária perícia médica

Cobertura Parcial Temporária? Sim Não

Qual a Doença ou Lesão Preexistente (DLP) identificada?

Parecer do médico auditor:

Carência? Sim Não

Se sim: Integral Parcial

Parecer do médico auditor:

Assinatura e carimbo com CRM do médico auditor

Data: / /

PARECER DO DIRETOR AMAFRESP (USO INTERNO)**Cobertura Parcial Temporária**

Defiro a inscrição nos termos do parecer da auditoria médica

Defiro a inscrição divergindo do parecer da auditoria médica

Parecer do Diretor:**Carências:**

Defiro a inscrição nos termos do parecer da auditoria médica

Defiro a inscrição divergindo do parecer da auditoria médica

Parecer do Diretor:

Assinatura do Diretor

Data:
