ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

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 Agravo, 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.

Rubricar

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: NEIRE CAVALCANTE

CPF: 006.584.839-00

Assinatura: Neire Cavalcante

Neire Cavalcante
Aux. Administrativo
SINDARSPEN

SINDARSPEN
Sind. dos Agentes Penitenciarios
CNPJ : 81.914.558 0001-84

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº 558 (e suas atualizações) e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1- A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário, devendo conter rubrica no canto inferior direito de todas as folhas.

2- O presente documento possui um total de 08 (oito) páginas, divididas em 02 (duas) partes. Cabe ao proponente o preenchimento das Partes I e II, exceto o campo em negrito destinado ao médico orientador. Apenas a questão nº 32 é opcional, sendo obrigatória a resposta a todas as outras. Quando necessário, o Termo de Opção por Cobertura Parcial Temporária – CPT, documento apartado, deverá ser preenchido pela Unimed, mediante informações obtidas com o médico auditor. Porém, o proponente deve tomar conhecimento do seu conteúdo e assiná-la.

3- Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida a próprio punho pelo próprio titular proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador. As páginas 1/8, 2/8, 3/8, 4/8, 5/8, 6/8, 7/8 devem ser rubricadas e a página 8/8 deve ser assinada.

4- No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.

5- Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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 relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

6- Agravo é 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. **Esta operadora de planos privados de assistência à saúde não trabalha com o oferecimento de Agravo.**

7- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.

8- Após avaliação da Declaração de Saúde, a UNIMED poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela UNIMED.

9- Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da UNIMED:

a) Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e

b) Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

10 – O tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis do consumidor proponente e/ou de seus dependentes pela UNIMED, para os fins do preenchimento da Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada e regular prestação dos serviços de assistência à saúde contratados, visa atender as exigências de garantia assistencial obrigatória estabelecidas na Lei 9.656/98 (Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde) e resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e será realizado independentemente do consentimento do(s) Titular(es) de dados manifestado no ato da contratação, sempre de modo a resguardar os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e livre desenvolvimento da pessoa natural, em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD). Tratando-se de dados pessoais de criança, nos termos do artigo 14 da Lei Federal no 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), por meio deste, registro meu consentimento livre, informado e inequívoco de que a UNIMED realizará o tratamento dos dados pessoais do menor de quem sou representante legal.

Para maiores informações sobre o tratamento de dados pessoais pela UNIMED, o consumidor proponente poderá contatar os seguintes canais:

a) Website: www.unimedpr.coop.br – campo "Política de Privacidade";
b) Encarregado de Proteção de Dados (e-mail): dpo@unimedpr.coop.br;
c) Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC – 0800-041-4554.

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Contratante: Sindicato dos Policiais Penais do Paraná - SINDARSPEN

Titular:_____ Registro do Plano na ANS:_____

Peso:_____ Altura:_____ Idade:_____ Telefone: ( )_____

Data de Nascimento: ____|____|____ ( ) Esposa (o) ( ) Filho (a) ( ) Outro (a)

Dependente 1:_____ Registro do Plano na ANS:_____

Peso:_____ Altura:_____ Idade:_____ Telefone: ( )_____

Data de Nascimento: ____|____|____ ( ) Esposa (o) ( ) Filho (a) ( ) Outro (a)

Dependente 2:_____ Registro do Plano na ANS:_____

Peso:_____ Altura:_____ Idade:_____ Telefone: ( )_____

Data de Nascimento: ____|____|____ ( ) Esposa (o) ( ) Filho (a) ( ) Outro (a)

Dependente 3:_____ Registro do Plano na ANS: _____

Peso:_____ Altura:_____ Idade:_____ Telefone: ( )_____

Data de Nascimento: ____|____|____ ( ) Esposa (o) ( ) Filho (a) ( ) Outro (a)

Dependente 4:_____ Registro do Plano na ANS:_____

Peso:_____ Altura:_____ Idade:_____ Telefone: ( )_____

Data de Nascimento: ____|____|____ ( ) Esposa (o) ( ) Filho (a) ( ) Outro (a)

Dependente 5:_____ Registro do Plano na ANS:_____

Peso:_____ Altura:_____ Idade:_____ Telefone: ( )_____

Data de Nascimento: ____|____|____ ( ) Esposa (o) ( ) Filho (a) ( ) Outro (a)

PARTE II - INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

( ) Sim, médico da Unimed.
( ) Sim, médico particular de minha escolha.
( ) Não.

Importante: Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que 'o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador'. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **E-mail:** _____ **CRM:** _____

O Proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (SIM) ou N (NÃO).	Titular	Dependentes / Agregados				
		1	2	3	4	5
1. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença neurológica, como enxaqueca, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, paralisias, Mal de Parkinson, epilepsia, neurite diabética, Alzheimer, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas?						
2. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença como ansiedade, neurose, psicose, esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, anorexia nervosa, bulimia, autismo, dependência de bebidas alcoólicas, dependência de drogas ou outras? Esteve em acompanhamento psiquiátrico?						
3. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença dermatológica, como vitiligo, nevus (pintas de beleza), cicatrizes, alopecia (perda de cabelo), micoses, melanoma (tipo de câncer que atinge o tecido epitelial) ou outra?						
4. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença oftalmológica, como estrabismo, miopia, astigmatismo, catarata, hipermetropia, glaucoma, ou aumento de pressão no olho, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, olho vermelho, pterígio, calásio (cisto da pálpebra), descolamento de retina, inflamação do nervo ocular, ceratocone, presbiopia - vista cansada ou outra?						
5. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenóide, rinoescoliose (nariz torto), sinusite de repetição, pólipo de laringe ou das cordas vocais, nódulos de laringe ou cordas vocais ou outra?						
6. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença respiratória, como bronquite, asma, DPOC, enfisema, ronco, apnéia do sono ou outra?						
7. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença cardiovascular, como infarto, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial (pressão alta), aneurisma da aorta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, Doença de Chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas ou outras?						
8. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença alérgica, como dermatite, eczema (dermatite atópica), rinite, asma urticária ou outra?						

O Proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (SIM) ou N (NÃO).	Titular	Dependentes / Agregados				
		1	2	3	4	5
9. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença hematológica (doenças relacionadas ao sangue), como hemofilia, trombocitose, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra?						
10. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença endocrinológica, como diabete insípido, diabete melito, diabete tipo l, diabete tipo ll, diabete juvenil, diabete congênita ou outra?						
11. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença infecciosa, como tuberculose, malária, dengue, sífilis, HPV (papiloma vírus), HIV ou outra?						
12. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença ortopédica, como pseudoartrose, lesão de menisco, fratura viciosamente consolidada, tumor ósseo benigno, joanete, esporão do calcâneo, lesão do manguito rotador do ombro, síndrome de túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, lombociatalgia, cervocobranquialgia ou outra?						
13. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença endocrinológica, como hipertireoidismo, cisto ou nódulo de tireoide, bócio, tireoidite, hipotireoidismo ou outra?						
14. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença reumatológica, como osteoporose, artrose, reumatismo, lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia, dermatomiosite, doença do Crohn ou outra?						
15. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença do aparelho digestivo, como refluxo gastroesofágico, úlcera do estômago, úlcera do duodeno, pedra na vesícula, diarreia crônica, obstipação intestinal, hemorroidas, fissura anal, gastrite, colite, hemorragia digestiva, ascite, estenose de esôfago ou outra?						
16. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença vascular, como varizes de esôfago, varizes, síndrome pós- trombótica, flebite, Síndrome de Raynaud ou outra?						
17. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma hérnia, como diafragmática, umbilical, inguinal, inguino-escrotal, incisional de hiato ou outra?						

O Proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (SIM) ou N (NÃO).	Titular	Dependentes / Agregados				
		1	2	3	4	5
18. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença urológica como fimose, parafimose, estenose de uretra, pedras (cálculos do rim ou outra localização), malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, perda de urina, impotência, nefrite, síndrome nefrótico ou outra?						
19. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença ginecológica, como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mana, alteração funcional benigna da mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, pólipo uterino, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra ou já foi submetida a cesariana?						
20. Sofre, tem ciência ou está investigando infertilidade (não prosseguimento da gestação) ou esterilidade (não consegue engravidar)?						
21. Sofre, tem ciência ou está investigando de alguma hepatite, como hepatite viral aguda ou crônica, virose do fígado, portador de vírus da hepatite ou outra?						
22. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença de obesidade ou obesidade mórbida ou magreza excessiva?						
23. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença congênita (adquiridas antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida), como malformação cardíaca, malformação crânio-encefálica, onfalocele, microcefalia, hidrocefalia, sindactilia, polidactilia, mama extranumerária, refluxo gastroesofágico, cegueira, surdez, mudez, prematuridade, doença hemolítica, perinatal, fribose cística do pâncreas?Síndrome: de Down (mongolismo), de Edwards, de Patau, de rubéola congênita, de toxoplasmose congênita, Tuner, Klinefelter ou outra?						

O Proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (SIM) ou N (NÃO).	Titular	Dependentes / Agregados				
		1	2	3	4	5
24. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença AIDS, SIDA, portador do vírus, candidíase de repetição, pneumonias de repetição, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, citomegalo virose ou outra?						
25. Sofre, tem ciência ou está investigando algum câncer, como de cabeça e pescoço, do sistema nervoso central ou periférico, da hipófise, da tireoide, meduloblastoma, da mama, do pulmão, do mediastino, do esôfago, do colo do útero, do útero, do endométrio, do ovário, do testículo, do rim, do ureter, da adrenal ou supra-renal, da próstata, da bexiga, do ânus, do reto, da pele, Linfoma de Hodgkin (supradiafragmático), Linfoma de Hodgkin (infradiafragmático), leucemia, de partes moles, dos ossos, metástases ósseas, metástases ganglionares, metástases nos linfonodos, metástases cerebrais, metástases hepáticas, da vagina, da vulva, do pênis, Linfoma não Hodgkin (supradiafragmático), Linfoma não Hodgkin (infradiafragmático), do estômago, do duodeno, do cólon, do intestino delgado, do intestino grosso, da vesícula, das vias biliares, do fígado, do pâncreas, melanoma, da garganta, das cordas vocais, de boca, de lábio, de nariz, de ouvido, dos olhos, dos músculos, de língua, dos brônquios, da laringe, de anemia aplástica, ou outros?						
26. É ou já foi portador de prótese/órtese/materiais diversos, tais como: parafusos, placas, stents, válvula ou outras?						
27. Sofreu acidente ou doença que tenha deixado algum tipo de deficiência, cicatriz ou sequela?						
28. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença(s) do sangue, recebeu transfusão de sangue ou quimioterapia?						
29. Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?						
30. Já realizou procedimentos, tais como: cateterismo, angioplastia ou outros?						
31. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença não identificada nas questões anteriores?						
32. Outras Informações que deseja declarar:						

Caso o preenchimento obteve alguma resposta afirmativa **(SIM)** para qualquer um dos itens acima, será obrigatório informar os seguintes dados, considerados importantes para análise médica:

Item	Titular Dependente	Esclarecimentos / Especificações (qual doença / lesão, data do evento)

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5° da RN n° 558 (e suas atualizações) e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Data: _____ | _____ | _____

_____
Consumidor proponente ou responsável legal

[1] *Art. 5º, caput, da RN nº 558 (e suas atualizações): "Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos com menos de cinquenta beneficiários, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998."*