ANEXO I
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 assistências à saúde, e tem como missão defender o interessse 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.

Atualizado em: junho 2024

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: _____

** Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/o incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal.

*** Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.

Atualizado em: junho 2024

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

INSTRUÇÕES GERAIS:

1. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que o (a) Sr(a.) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou a qualquer de seus dependentes.

2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.

3. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela Geap, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assuma o ônus financeiro.

4. Para fins da legislação vigente, em cumprimento ao que determina os incisos I e II do art. 10, da RN nº 162 de 17/10/2007, considera-se:

- Cobertura Parcial Temporária - CPT, 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.
- Agravo: 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 doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

5. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o(a) Sr(a.) ficará em Cobertura Parcial Temporária - CPT por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Neste período, haverá 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

6. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao (a.) Sr(a.) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até a publicação pela ANS de decisão favorável à operadora, ou seja, confirmando que o (a) Sr(a.) omitiu a(s) doença(s) ou lesão(ões) no preenchimento desta declaração. Também não haverá suspensão ou recisão unilateral do contrato até a publicação pelo órgão regulador de decisão confirmando a omissão de doença ou lesão preexistente no preenchimento desta declaração.

7. Após julgamento e acolhida a alegação da Geap pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Geap, bem como será excluído do plano.

8. Todas as páginas deverão ser rubricadas.

9. 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.

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e **não poderão ser rasurados**.

Nome/Nome Social:

Data de Nascimento: | Peso (kg): | Altura:

Atualizado em: junho 2024

Preenchimento pelo pretenso beneficiário marque as respostas afirmativas.		
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório como: infarto, pressão alta, cirurgia cardíaca, uso de marca passo, outras.	○ Sim ○ Não
2	Doenças endócrinas e metabólicas como: diabetes, obesidade, Hepatite B/C, outras.	○ Sim ○ Não
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes como: Aids, Lúpus, Artrite reumatoide, outras.	○ Sim ○ Não
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como: Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, outras.	○ Sim ○ Não
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como: Asma, Bronquite, Desvio de septo, outras.	○ Sim ○ Não
6	Doenças ortopédicas como: Artrose, Hérnia de disco, Deformidade óssea, outras.	○ Sim ○ Não
7	Doenças ou tumorações malignas como: Mieloma múltiplo, qualquer outro tipo de câncer.	○ Sim ○ Não
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor mas ou fem como: Cálculo renal, Doenças da da próstata, Rim transplatado, outras.	○ Sim ○ Não
9	Doença dos olhos como: Miopia, Astigmatismo, Catarata, Glaucoma, outros.	○ Sim ○ Não
10	Doença ocupacional adquirida no exercício da profissão, sequela decorrente de Acidente de Trabalho, LER, DORT, Outros.	○ Sim ○ Não
11	Alterações da mandíbula, Alterações na arcada dentária, outras	○ Sim ○ Não
12	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.	○ Sim ○ Não

Quadro II – Esclarecimentos Complementares
Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido "S" ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Data do evento	Esclarecimentos

Campo de uso EXCLUSIVO para os casos de preenchimento da Declaração de Saúde com acompanhamento Médico.	
Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico credenciado da Geap **Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM**	Declaração de Saúde preenchida com acompanhamento médico particular custeada pelo beneficiário. **Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM**

Atualizado em: junho 2024

Dispenso a orientação médica que me foi oferecida para o preenchimento da declaração de saúde e assumo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a Geap 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(a) 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 realizadas com o tratamento ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Geap alegando a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

Autorizo que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos desta operadora informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes e grupo familiar - agregado, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

_____,____/___/_____ _____

Local Data **Assinatura do beneficiário ou responsável legal**

Atualizado em: junho 2024