

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**.

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, 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período 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

_____, ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº

ITEM I - DADOS DO BENEFICIÁRIO:

NOME DO BENEFICIÁRIO:		DATA DO NASCIMENTO / /	
BENEFICIÁRIO:	<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE	GRAU DE PARENTESCO:	<input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO (A) <input type="checkbox"/> ENTEADO (A) <input type="checkbox"/> OUTROS _____

ITEM II - INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- a) O(a) senhor(a) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de cooperados ou prestadores credenciados pela Unimed João Pessoa, sem qualquer ônus.
 - a.1) Caso opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Unimed João Pessoa, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas 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.
- c) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a 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 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.
- d) 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 162/07.**
- e) 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.
- f) 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.

ITEM III - DECLARAÇÃO

A UNIMED João Pessoa colocou à minha disposição, e sem ônus, profissionais médicos para minha orientação quando o preenchimento desta **DECLARAÇÃO DE SAÚDE** e eu:

DISPENSEI A PRESENÇA DE MÉDICO-ORIENTADOR
 OPTEI SER ORIENTADO POR MÉDICO DA REDE CREDENCIADA
 OPTEI SER ORIENTADO POR MÉDICO NÃO PERTENCENTE DA REDE CREDENCIADA DA OPERADORA, ASSUMINDO O ÔNUS FINANCEIRO DESSA ENTREVISTA.

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR	
CRM:	DATA: / /
ASSINATURA	

ITEM IV - ASPECTOS GERAIS

IDADE	PESO	ALTURA	IMC
-------	------	--------	-----

O Índice de Massa Corporal - IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) ÷ altura² (metros). Exemplo: 80 ÷ (1,71 x 1,71) = IMC 27,35. Considera-se obesidade IMC igual ou superior a 30.

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

ITEM V - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

<p>Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.</p>		
<p>Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:</p>		
1	<p>Doenças do Sistema Respiratório: (asma, bronquite, enfisema, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, hipertrofia amígdalas, sinusite, outras).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
2	<p>Doenças do Sistema Cardiovascular: (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, trombozes, tromboflebitas, flebitas, outras).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
3	<p>Doenças do Sistema Osteomuscular: (osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, tenossinovites, lombociatalgia, hérnia de disco, desvios de coluna (como escoliose, lordose, cifose, outros).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
4	<p>Doenças do Sistema Imunológico: (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite auto imune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
5	<p>Doenças do Sistema Digestivo: (hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia incisional, gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, outras).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
6	<p>Doenças em Boca: (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
7	<p>Doenças Genital: (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
8	<p>Doença em Mamas: (nódulos, cistos, tumorações, outros).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
9	<p>Doença Sistema Urinário: (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
10	<p>Doenças do Sistema Neurológico: (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, seqüela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	
11	<p>Doenças do Sistema Endócrino: (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras).</p>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<p>Especificar:</p>	

12	Doenças Infecto Contagiosas: (toxoplasmose congênita, rubéola congênita, zika, dengue, chicungunha, malária, tuberculose, AIDS/HIV – inclui portador, sífilis, outras doenças sexualmente transmissíveis e outras).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
13	Doenças Psiquiátricas: (psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso drogas, e outras).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
14	Doenças Cancerosas: (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
15	Doenças de Pele e Alérgicas: Pele: (nevus, hemangiomas, sinais, nódulos, cistos, outros). Alérgicas: (urticária, outros). Sofre de hiperidrose: (excesso de suor nas mãos, pés axilas, face, dorso e outras).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
16	Doenças Congênitas: (síndromes genéticas como de Down, e outras – especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). Má formações: (face, membros, cardíacas, renais, e outras).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
17	Doenças do Ouvido: (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
18	Doenças dos Olhos: (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
19	Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
20	Faz Uso de Prótese, Órtese: (pinos, parafusos, placas, fios, silicone e outros).	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar: (SE SIM, ESPECIFICAR O LOCAL)	
21	Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Especificar:	

Estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura dessa Declaração de Saúde, **SEJA POR DIAGNÓSTICO FEITO, CONHECIDO OU EM ANDAMENTO**, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento do plano de saúde. Desta forma, a omissão e/ou prestação incorreta ou parcial de informações relevantes poderá caracterizar-se como fraude.

DATA DA DECLARAÇÃO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
(ou responsável, caso o beneficiário seja menor de 18 anos)