

Carta de Orientação e Declaração de Saúde

FRM-QUAL-152 - REV 017 02/12/2022





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 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: _____

Município de residência: _____

E-mail: _____

Celular: _____

Telefone: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

_____/_____/_____
Local Data

Corretora/Empresa/Entidade: _____

Nome: _____

CPF/CNPJ: _____

Assinatura: _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Carta de Orientação ao Beneficiário que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos, devendo conter rubrica no canto inferior direito de todas as folhas.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde.

Para análise da declaração de saúde do recém-nascido, por parte da Auditoria Médica, deverão ser observadas as seguintes obrigações:

- a) Para inclusão de recém-nascido, após 30 (trinta) dias de seu nascimento, deverá ser apresentado o cartão de vacina.
- b) Em caso de internação hospitalar do recém-nascido, superior a 3 (três) dias, deverá ser apresentado o laudo de evolução de alta da UTIN.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

Informamos que os valores de peso e altura declarados neste documento servirão de cálculo para o IMC (Índice de Massa Corporal). Caso o índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

O tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis do consumidor proponente e/ou de seus dependentes pela Unimed Vitória, 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).

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

- a) **Website:** <https://www.unimed.coop.br/web/vitoria/politica-de-privacidade> – campo “Política de Privacidade”;
- b) **Encarregado de Proteção de Dados (e-mail):** dpo@unimedvx.com.br
- c) **Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC – 0800 026 0080.**

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

A 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.

1ª Via da Unimed Vitória/2ª Via do Beneficiário



Declaração de Saúde

Unimed
Vitória

De acordo com a Resolução Normativa – RN nº 162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

PREENCHER SEM RASURAS, DE FORMA LEGÍVEL E DE PRÓPRIO PUNHO, PELO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL

<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL OU FAMILIAR:	NOME DO PLANO:	CONTRATANTE:	CÓDIGO DO CONTRATO:
<input type="checkbox"/> COLETIVO EMPRESARIAL / COLETIVO ADESAO:			

NOME COMPLETO DO PROPONENTE TITULAR (T)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D1)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D2)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D3)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D4)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

(O Índice de Massa Corporal – IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) / altura² (metros). Ex.: 80 / (1,71x1,71) = 27,35) Informamos que os valores de peso e altura declarados, neste documento, servirão de cálculo para o IMC. Caso índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da CPT do CID E66 – Obesidade.

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.

1) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA INFECCIOSA OU PARASITÁRIA COMO:

a) Tuberculose? CID A16	T	D1	D2	D3	D4	d) Meningite? CID A87	T	D1	D2	D3	D4
b) Hepatite? CID B19	T	D1	D2	D3	D4	e) Hanseníase? CID A30	T	D1	D2	D3	D4
c) AIDS ou portador de vírus HIV? CID B20	T	D1	D2	D3	D4	f) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

2) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS MALIGNAS (CÂNCER)?

a) Leucemia? CID C95.9	T	D1	D2	D3	D4	g) Aparelho digestivo (estômago, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
b) Linfoma? CID C85	T	D1	D2	D3	D4	h) Aparelho respiratório (pulmão, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
c) Mama? CID C50	T	D1	D2	D3	D4	i) Somente para homens (próstata, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
d) Outras localizações?*	T	D1	D2	D3	D4	j) Somente para mulheres (útero, ovário, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
e) Pele? CID 44.9	T	D1	D2	D3	D4	k) Trato urinário (rins, bexigas, outras)?*	T	D1	D2	D3	D4
f) Tireoide? CID C73	T	D1	D2	D3	D4						

3) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS BENIGNAS?

a) Útero (mioma)? (Mulher) CID D25	T	D1	D2	D3	D4	c) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
b) Pele (nevus)? CID D23	T	D1	D2	D3	D4						

4) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SANGUE (ANEMIA, PÚRPURA, OUTROS)? ESPECIFIQUE.

	T	D1	D2	D3	D4
--	---	----	----	----	----

5) PORTADOR(A) DE DOENÇAS ENDÓCRINAS?

a) Diabetes? CID E14	T	D1	D2	D3	D4	c) Emagrecimento acentuado? CID F50	T	D1	D2	D3	D4
b) Tireoide? CID E07	T	D1	D2	D3	D4	d) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

6) PORTADOR(A) DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS OU MENTAIS? ESPECIFIQUE.

	T	D1	D2	D3	D4
--	---	----	----	----	----

7) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO?

a) Parkinson? CID G20	T	D1	D2	D3	D4	d) Paralisia cerebral? CID G80	T	D1	D2	D3	D4
b) Alzheimer? CID G30	T	D1	D2	D3	D4	e) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
c) Epilepsia? CID G40	T	D1	D2	D3	D4						

8) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DOS OLHOS E ANEXOS?

a) Catarata? CID H26.9	T	D1	D2	D3	D4	e) Astigmatismo?*(Informar o grau) CID H52.2	T	D1	D2	D3	D4
b) Glaucoma? CID H40	T	D1	D2	D3	D4	f) Hipermetropia?*(Informar o grau) CID H52.0	T	D1	D2	D3	D4
c) Ceratocone? CID H18.6	T	D1	D2	D3	D4	g) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
d) Miopia? CID H52.1	T	D1	D2	D3	D4						

*Especifique na Tabela de Especificação de DLP.

1ª Via da Unimed Vitória/2ª Via do Beneficiário

Assinatura/Rubrica do beneficiário

ANS - nº 357391

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.

9) PORTADOR(A) DE DOENÇA DO OUVIDO?

a)	Labirintite? CID H83.0	T	D1	D2	D3	D4	c)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
b)	Perda de audição? CID H91	T	D1	D2	D3	D4							

10) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO?

a)	Febre reumática? CID I00	T	D1	D2	D3	D4	f)	Insuficiência cardíaca? CID I50	T	D1	D2	D3	D4
b)	Hipertensão arterial? CID I10	T	D1	D2	D3	D4	g)	AVC ("derrame")? CID I64	T	D1	D2	D3	D4
c)	Angina pectoris? CID I20	T	D1	D2	D3	D4	h)	Varizes de membros inferiores? CID I83	T	D1	D2	D3	D4
d)	Infarto do miocárdio? CID I21	T	D1	D2	D3	D4	i)	Hemorroidas? CID I84	T	D1	D2	D3	D4
e)	Arritmia cardíaca? CID I49	T	D1	D2	D3	D4	j)	Outras? *	T	D1	D2	D3	D4

11) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO?

a)	Rinite? CID J30.4	T	D1	D2	D3	D4	e)	Enfisema? CID J43	T	D1	D2	D3	D4
b)	Sinusite? CID J32	T	D1	D2	D3	D4	f)	Desvio de septo nasal? CID J34.2	T	D1	D2	D3	D4
c)	Bronquite? CID J40	T	D1	D2	D3	D4	g)	Outras? *	T	D1	D2	D3	D4
d)	Asma? CID J45	T	D1	D2	D3	D4							

12) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO?

a)	Úlceras Pépticas? CID K27	T	D1	D2	D3	D4	e)	Cirrose hepática? CID K74	T	D1	D2	D3	D4
b)	Gastrite? CID K29.7	T	D1	D2	D3	D4	f)	Colite? CID K51	T	D1	D2	D3	D4
c)	Hérnia?*	T	D1	D2	D3	D4	g)	Colelitíase (cálculo da vesícula)? CID K80	T	D1	D2	D3	D4
d)	Doença diverticular do intestino? CID K57	T	D1	D2	D3	D4	h)	Outras? *	T	D1	D2	D3	D4

13) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DA PELE? ESPECIFIQUE O LOCAL.

a)	Caroços? CID R22.9	T	D1	D2	D3	D4	c)	Cisto?CIDL72	T	D1	D2	D3	D4
b)	Xantelasma (lesão nas pálpebras)? CID H02.6	T	D1	D2	D3	D4	d)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

14) PORTADOR(A) DE DOENÇAS OSTEOMUSCULAR?

a)	Artrite? CID M13	T	D1	D2	D3	D4	e)	Esciose? CID M41	T	D1	D2	D3	D4
b)	Artrose? CID M19	T	D1	D2	D3	D4	f)	Hérnia de Disco? CID M51	T	D1	D2	D3	D4
c)	Osteoporose? CID M81	T	D1	D2	D3	D4	g)	Osteomielite? CID M86	T	D1	D2	D3	D4
d)	Reumatismo? CID M79.0	T	D1	D2	D3	D4	h)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

15) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO GÊNITO URINÁRIO?

a)	Insuficiência renal? CID N18	T	D1	D2	D3	D4	g)	Infertilidade? FEM: CID N46 MASC: CID N97	T	D1	D2	D3	D4
b)	Cálculo urinário? CID N20	T	D1	D2	D3	D4	h)	Cisto de ovário? (Mulher) CID N83.2	T	D1	D2	D3	D4
c)	Incontinência urinária ("urina solta")? CID R32	T	D1	D2	D3	D4	i)	Endometriose? (Mulher) CID N80	T	D1	D2	D3	D4
d)	Hiperplasia da próstata? (Homem) CID N40	T	D1	D2	D3	D4	j)	Nefrite? CID N11	T	D1	D2	D3	D4
e)	Fimose? (Homem) CID N47	T	D1	D2	D3	D4	k)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
f)	Nódulo mamário? CID N63	T	D1	D2	D3	D4							

16) PORTADOR(A) DE TRAUMATISMO E/OU FRATURAS? ESPECIFIQUE.

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

17) É PORTADOR(A) DE MÁ FORMAS CONGÊNITAS (DOENÇAS DE NASCENÇA)? ESPECIFIQUE.

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

18) É PORTADOR(A) DE SEQUELAS DE ACIDENTES, MOLÉSTIA ADQUIRIDA OU CONGÊNITA? ESPECIFIQUE.

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

19) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA NÃO RELACIONADA ACIMA, QUE O TENHA OBRIGADO A INTERNAR-SE OU SUBMETER-SE A ALGUM TIPO DE TRATAMENTO OU EXAME? ESPECIFIQUE.

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

20) TEM INDICAÇÃO DE SUBMETER-SE A ALGUM TIPO DE CIRURGIA? ESPECIFIQUE.

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

21) POSSUI ALGUM TIPO DE PRÓTESE OU ÓRTESE (PLACAS, PINOS, PARAFUSOS, MARCA-PASSO, OUTROS)? ESPECIFIQUE.

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos anteriores, onde se perguntou sobre a existência de doença, informe abaixo o período da doença, indicando o item, subitem, proponente e especificação.

ITEM	SUBITEM	PROONENTE	ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO DA DOENÇA

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

- Declaro que fui orientado(a) por médico da Unimed Vitória Dr(ª) _____ CRM: _____
- Dispensar a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos às doenças ou lesões preexistentes.

Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à Unimed Vitória as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, e os cooperados, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Afirmo, por fim, ter conhecimento de que, além das sanções administrativas, a omissão de informações ou a falsa declaração pode caracterizar crime, que será informado à autoridade competente por meio de notícia crime, sujeitando os responsáveis às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Considerando o preenchimento da Declaração de Saúde, para os itens que foram sinalizados como “SIM” nas tabelas acima, o proponente terá aplicação de CPT – Cobertura Parcial Temporária. A CPT restringe a cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade (PAC) pelo período de 24 meses para a doença ou o CID (Código Internacional de Doenças) indicados na tabela abaixo.

ANÁLISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE					
ITEM	SUBITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	CID	PROONENTE
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO					DATA