

## ANEXO 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 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: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 558, de 14 de dezembro de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS.

**DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR**

Nome Completo (Sem abreviações):

CPF: E-mail: Celular / WhatsApp:

Data de nascimento: Sexo:

Endereço:

**DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1**

Nome Completo (Sem abreviações):

CPF: E-mail: Celular / WhatsApp:

Data de nascimento: Sexo:

Endereço:

**DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 2**

Nome Completo (Sem abreviações):

CPF: E-mail: Celular / WhatsApp:

Data de nascimento: Sexo:

Endereço:

**DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3**

Nome Completo (Sem abreviações):

CPF: E-mail: Celular / WhatsApp:

Data de nascimento: Sexo:

Endereço:

**DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 4**

Nome Completo (Sem abreviações):

CPF: E-mail: Celular / WhatsApp:

Data de nascimento: Sexo:

Endereço:

## I. 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.

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 nº9.656, de 3 de junho de 1998.

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

A Declaração de Saúde deverá ser preenchida por consumidores maiores, capazes e alfabetizados. Não sendo o caso, deve ser respondida pelo representante legal. Na hipótese de consumidor analfabeto, o preenchimento deverá ser acompanhado de duas testemunhas que comprovarão o entendimento do teor do documento pelo consumidor.

Estando comprovada junto a ANS a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada pelo beneficiário, **este poderá também responder criminalmente conforme Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de Ação Judicial para o pedido de indenização por perdas e danos, honorários advocatícios e de custas processuais.**

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

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, **o consumidor estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano 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 as doenças ou lesões preexistentes** declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

A operadora não oferece a opção de Agravo, o qual é definido como 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.

Após a avaliação da Declaração de Saúde, a Operadora poderá solicitar ao consumidor a realização de uma entrevista qualificada, com consulta de forma presencial, por teleatendimento/videochamada, para esclarecimentos e verificação de existência de exames prévios.

A critério da Operadora, poderá ser realizada Perícia Médica, por meio de consulta, com solicitação de exames complementares, realizada por um médico, escolhido pela operadora, sem ônus para o consumidor, com preenchimento de formulário específico.

## II. INFORMAÇÃO DO MÉDICO

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

- ( ) sim, médico da Operadora;  
 ( ) sim, médico particular de minha escolha;  
 ( ) não, recusei a presença de médico orientador.

## IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR

**IMPORTANTE:** em caso afirmativo, o **médico** deverá firmar no campo abaixo, que o preenchimento conta com a sua presença como **médico orientador**, opondo sua assinatura e registro no Conselho Regional de Medicina:

---



---



---

(Espaço reservado à declaração do médico orientador)

Dr (a) \_\_\_\_\_ CRM/ \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura

## III. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- Este questionário é parte integrante de seu contrato.
- Não será aceito questionário respondido com rasuras.** Não aplique corretivos.
- TODAS as perguntas precisam, obrigatoriamente, ser respondidas.**
- O questionário deve ser preenchido de próprio punho, assinalando com "S" para **SIM** e "N" para **NÃO**
- O incapaz deverá ter o seu questionário assinado pelo seu Responsável Legal.
- ATENÇÃO:** As respostas emitidas devem espelhar, fielmente, as condições atuais de saúde e os antecedentes do beneficiário. **Não omita nenhuma informação.**

	Titular	Dep 01	Dep 02	Dep 03	Dep 04
1. Qual a sua idade? (exemplo: 40 anos)					
2. Sexo: (F) Feminino ou (M) Masculino					
3. Especifique o seu peso (exemplo: 81)					
4. Especifique a sua altura (exemplo: 1,80)					
5. Índice de Massa Córpora - IMC, (Campo de preenchimento exclusivo da Operadora, resultante da aplicação da fórmula abaixo, de acordo com as informações fornecidas pelo beneficiário, nos itens 3 e 4).					

**FÓRMULA IMC: PESO (KG) / ALTURA<sup>2</sup> (M)** - Se o resultado do IMC for igual ou superior a 30 será considerada obesidade mórbida, como doença preexistente.

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

	Titular	Dep 01	Dep 02	Dep 03	Dep 04
<p><b>1. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO SANGUE E DO COLÁGENO</b> (anemia crônica, anemia falciforme, aplasia de medula, febre reumática, hemofilia, leucemia, linfoma, lúpus, púrpura, talassemia, mieloma múltiplo, transplante de medula, distúrbio de coagulação, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>2. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS</b> (açúcar no sangue, diabetes, hiper ou hipotireoidismo, bócio ou nódulos na tireóide, obesidade, sobrepeso, baixo peso importante, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>3. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS - MENTAIS</b> (depressão, ansiedade grave, esquizofrenia, retardo mental, autismo, síndrome do pânico, surto psicótico, dependência de álcool ou drogas, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>4. É PORTADOR (A) DE DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO</b> (parkinson, alzheimer, epilepsias - convulsões, paralisia cerebral, derrame, obstrução de carótidas, hiperatividade, enxaqueca, perdas cognitivas ou de memória, demência, atrofia muscular espinhal, seqüela de AVC, meningites, aneurismas cerebrais, esclerose múltipla, esclerose lateral, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>5. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OLHOS</b> (catarata, glaucoma, ceratocone, miopia - especificar o grau, astigmatismo - especificar o grau, hipermetropia, presbiopia (vista cansada), cegueira, ptose (queda da pálpebra), estrabismo - especificar grau, degeneração macular, retinopatia diabética, uso de lentes corretivas, já realizou transplante de córnea, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>6. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OUVIDOS, GARGANTA E FACE</b> (sinusite de repetição, pólipos nasal, labirintite, surdez congênita ou adquirida, perda de audição, ruptura do tímpano, desvio de septo, luxação de articulação temporomandibular, hipertrofia de amígdalas e adenoides, afasia - perda da voz, otites de repetição, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>7. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO CARDIOVASCULAR</b> (hipertensão arterial - pressão alta, angina pectoris - dor no peito, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral AVC - derrame, doenças cardíacas congênitas, valvulopatias, sopros cardíacos, doença de chagas, aneurismas abdominais, varizes, hemorroidas, colocação de stents, cateterismo, úlceras de membros inferiores, angioplastias, revascularização do miocárdio, marca-passo, trombose, flebite, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>8. PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO</b> (rinites, bronquites, sinusites, asma, pneumonia, enfisema, DPOC, nódulos no pulmão, tuberculose, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>9. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO</b> (pancreatite, pedra na vesícula, úlceras, gastrites, refluxo, diverticulite, cirrose hepática, hepatites, nódulos no fígado, doença de crohn, colelitíase, colites - retocolite ulcerativa, hérnias, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>10. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DA PELE</b> (verrugas, manchas, pintas, queloides, nódulos, tumores, caroços, cisto sebáceo, lipoma, calosidade plantar, hiperidrose (excesso de sudorese), vitiligo, melanoma, câncer de pele, cicatrizes, alergias, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

	Titular	Dep 01	Dep 02	Dep 03	Dep 04
<p><b>11. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OSSOS E MÚSCULOS</b> (coluna, artroses, luxações, artrites, fibromialgia, osteoporose, reumatismo, artrite reumatoide, doenças do menisco, doenças dos ligamentos e tendões, hérnia de disco, escoliose, osteomielite, fraturas, traumatismos, LER/DORT, doenças ósseas congênitas, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>12. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO</b> (insuficiência renal, cálculo renal, infecção urinária de repetição, transplante renal, doenças da bexiga, próstata e uretra, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>13. É PORTADORA DE DOENÇAS GINECOLÓGICAS, OBSTÉTRICAS OU DE MAMA</b> (mioma, períneo, endometriose, cisto de ovário, cisto, nódulos ou tumor de mama, incontinência urinária, pólipos uterinos, hemorragias, infecções, atraso menstrual ou gravidez, complicações da gestação ou parto, doença hipertensiva específica da gestação ou diabetes gestacional, abortamento ou ameaça, prolapso genital, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>14. É PORTADOR DE DOENÇAS DOS ORGÃOS GENITAIS MASCULINOS</b> (próstata, hiperplasia ou inchaço de próstata, hidrocele, fimose, ginecomastia, estreitamento da uretra, criptorquidia, varicocele, incontinência, impotência, doença dos testículos, infertilidade, doença de Peyronie, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>15. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS CONGÊNITAS - NASCENÇA OU HEREDITÁRIAS</b> (hipotireoidismo congênito, síndromes genéticas, doenças congênitas familiares, prematuridade, más formações, hipospádia - especificar, doenças cardíacas, síndrome de DOWN, doenças metabólicas, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>16. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS</b> (portador do vírus HIV, hanseníase - lepra, doenças sexualmente transmissíveis, HPV, tuberculose, hepatite viral, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>17. É PORTADOR (A) DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS - CÂNCER</b> (pele, mama, próstata, intestino, útero, ovário, tireoide, laringe, pulmão, estômago, rins, bexiga, ossos e músculos, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>18. É PORTADOR (A) DE DOENÇA BUCO MAXILO FACIAL</b> (disfunção de articulação temporomandibular, prognatismo, micrognatismo, hipoplasia facial, dentre incluso, seqüela de trauma de face, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>19. É PORTADOR (A) DE OUTRAS DOENÇAS IMUNOLÓGICAS?</b> (Especificar).</p>					
<p><b>20. É PORTADOR (A) OU SOFRE DE ALGUM TIPO DE SEQUELA?</b> (acidente, doença adquirida, doença congênita, pós-cirurgia, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>21. JÁ FOI SUBMETIDO A ALGUMA CIRURGIA OU TEM QUE FAZER ALGUMA CIRURGIA?</b> (Especificar).</p>					
<p><b>22. POSSUI ALGUM TIPO DE HÉRNIA?</b> (inguinal, incisional, epigástrica, umbilical ou femoral, outras doenças, lesões. Especificar)?</p>					
<p><b>23. JÁ FEZ OU FAZ RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA OU PULSOTERAPIA?</b> (Especificar)?</p>					



# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração da Saúde, relativas a mim ou dependentes, foram espontaneamente feitas por mim, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente e de acordo que cumprirei Cobertura Parcial Temporária em relação às Doenças e 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 OPERADORA - as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou seu corpo clínico, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional para fins de ratificação das informações acima. Autorizo também a Operadora buscar em seus próprios cadastros informações já prestadas sobre meu histórico de saúde em contratos anteriores.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local e data) Proponente / Beneficiário

## V. CONCLUSÃO PARA CONTRATAÇÃO DE CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Estou ciente e de acordo com o cumprimento por 24 meses de CPT - Cobertura Parcial Temporária - para uso de leito de alta tecnologia, procedimentos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade, ligados às doenças ou lesões preexistentes por mim declaradas neste documento.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local e data) Proponente / Beneficiário

HUMANA SAÚDE SUL LTDA - MATRIZ