

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 e vem por meio desta, prestar informações para o preenchimento do **FORMULÁRIO de 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 problemas 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, endoscopia, 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 carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATATAÇÃO

- 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 doenças 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: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local _____

Data _____ / _____ / _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Em cumprimento à RN 162/2007, seguem informações importantes para o preenchimento da Declaração de Saúde, a saber:

1. DEFINIÇÕES:

- a) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)** - 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 nº9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução (art. 2º, inciso I, da RN 162/2007 - ANS).
- b) 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 (art. 2º, inciso II e art. 10, inciso I, ambos da RN 162/2007 - ANS).
- c) 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 a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário (art. 2º, inciso III e art. 10, inciso II, ambos da RN 162/2007 - ANS)
- d) Revisão da Declaração de Saúde** - O objetivo da revisão da Declaração de Saúde é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. (Art. 5º, §3º, da RN 162/2007 – ANS).
Observação: é facultado o oferecimento ou não do Agravo, como opção à CPT, conforme o art.6º, parágrafo 1º, da RN 162/2007

2. Atenção:

- 2.1- A Declaração de Saúde** tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes (DLP), como sendo aquelas que o próprio Proponente tenha conhecimento, ou seja, saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação (art. 10, parágrafo único, da RN 162/2007), em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 2.2- No preenchimento dessa Declaração de Saúde**, o Proponente deverá informar o conhecimento de DLP, quando da assinatura do contrato/proposta de adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato/proposta de adesão (art. 5º, caput, da RN 162/2007 - ANS).
- 2.3- A omissão de informação sobre a existência da doença ou lesão preexistente da qual o Proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração**, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o Proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.
- 2.4- Caso seja declarada alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP)**, o plano de saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- 2.5- Identificação indício de fraude por parte do Proponente (beneficiário titular)** - itens 4 e 5 da Declaração de Saúde, página 7 - referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), por ocasião da contratação o adesão ao plano privado de assistência à saúde, será comunicado imediatamente a alegação de omissão de informação através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no art.18, inciso V, da RN 162/2007, podendo a Operadora:
- I** - oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou
- II** - oferecer o Agravo, na forma do art. 7º da RN 162/2007; ou
- III** - solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.
- 2.6- Após decisão sobre o processo de apuração de omissão de DLP na ANS**, poderá ocorrer a suspensão ou cancelamento do contrato/adesão. Nesse caso, o proponente (beneficiário titular) ficará responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente (DLP) omitida, a partir da data de recebimento do comunicado ou notificação pela UNIMED FESP, sobre a existência da irregularidade.