

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, 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, em que 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 estabelecidos 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 à 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!

PROPOSTA DE ADMISSÃO - PF Nº : _____.

Nº DO CONTRATO - PJ: _____.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE / ENTREVISTA QUALIFICADA



UNIMED CURITIBA - Sociedade Cooperativa de Médicos
 Rua Dr. Pedrosa, nº 123 - Centro Curitiba – PR 4º Andar - CEP: 80 420- 120
 Telefones: (41) 3019-2000 - Exclusivo para liberação de procedimentos
 0800-642-2002 - Exclusivo para sugestões, reclamações e esclarecimentos
 0800-642-5005 - Exclusivo para deficientes auditivos e de fala
 CNPJ: 75.055.772/0001-20 - Insc. Est.: Isento Site: www.unimedcuritiba.com.br

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o CONTRATANTE tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes e, ainda, em relação ao beneficiário titular sob a sua responsabilidade (menor, tutelado, etc).

NOME	PESO	ALTURA	IDADE	REGISTRO WEB (Campo obrigatório - PJ)
Titular:				
Dependente 1:				
Dependente 2:				
Dependente 3:				
Dependente 4:				
Dependente 5:				
Dependente 6:				

Item	O proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (sim) ou N (não):	Titular	Dependentes / Agregados					
			1	2	3	4	5	6
01	Sofreu ou sofre de alguma doença dermatológica, como vitiligo, nevus ou pintas de beleza, cicatrizes, alopecia ou perda de cabelo, micoses, melanoma ou outra?							
02	Sofreu ou sofre de alguma doença alérgica, como dermatite, eczema, rinite, asma, urticária ou outra?							
03	Sofreu ou sofre de alguma doença respiratória, como bronquite, asma, DPOC, enfisema, ronco, apneia do sono ou outra?							
04	Sofreu ou sofre de alguma doença hematológica, como hemofilia, trombocitose, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra?							
05	Sofreu ou sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes insípido, diabetes melito, diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes juvenil, diabetes congênita ou outra?							
06	Sofreu ou sofre de alguma doença infecciosa, como tuberculose, malária, dengue, sífilis, HPV (papiloma vírus) ou outra?							
07	Sofreu ou sofre de alguma doença oftalmológica, como estrabismo, miopia, astigmatismo, catarata, hipermetropia, glaucoma, ou aumento de pressão do olho, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, olho vermelho, pterígio, calásio, descolamento da retina, inflamação do nervo ocular ou outra?							
08	Sofreu ou sofre de desvio do septo, rinite, amigdalite de repetição, adenoidite, rinoscoliose ou nariz torto, sinusite de repetição, pólipos de laringe ou das cordas vocais, nódulo de laringe ou cordas vocais ou outra?							
09	Sofreu ou sofre de alguma doença cardiovascular, como infarto do miocárdio, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial ou pressão alta, aneurisma da aorta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, Doença de Chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas ou outra?							
10	Sofreu ou sofre de alguma doença ortopédica, como pseudoartrose, lesão de menisco, fratura viciosamente consolidada, tumor ósseo benigno, joanete, esporão do calcâneo, lesão do manguito rotador do ombro, síndrome de túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, lombociatalgia, cervicobranquialgia ou outra?							

11	Sofreu ou sofre de alguma doença endocrinológica, como hipertireoidismo, cisto ou nódulo de tireoide, bócio, tireoidite, doenças graves ou outra?																				
12	Sofreu ou sofre de alguma doença reumatológica, como osteoporose, artrose, reumatismo, lupus, artrite reumatoide, esclerodermia, dermatomiosite, doença do Chron ou outra?																				
13	Sofreu ou sofre de alguma doença neurológica, como enxaqueca, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, paralisias, Mal de Parkinson, epilepsia, neurite diabética, Alzheimer, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas?																				
14	Sofreu ou sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como refluxo gastroesofágico, úlcera do estômago, úlcera do duodeno, pedra na vesícula, diarreia crônica, hemorroidas, gastrite, colite, hemorragia digestiva, ascite, estenose de esôfago ou outra?																				
15	Sofreu ou sofre de alguma doença vascular, como varizes de esôfago, varizes dos membros inferiores, síndrome pós-trombótica, flebite, Síndrome de Raynaud ou outra?																				
16	Sofreu ou sofre de alguma hérnia, como diafragmática, umbilical, inguinal, inguino-escrotal, incisional, de hiato ou outra?																				
17	Sofreu ou sofre de alguma doença urológica, como fimose, parafimose, estenose de uretra, pedras ou cálculos do rim ou outra localização, malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, perda de urina, impotência, nefrite, síndrome nefrótica ou outra?																				
18	Sofreu ou sofre de alguma doença ginecológica, como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mama, alteração funcional benigna da mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, eczema da mama, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra?																				
19	Sofreu ou sofre de infertilidade (não prosseguimento da gestação) ou esterilidade (não consegue engravidar)?																				
20	Sofreu ou sofre de alguma hepatite, como hepatite viral aguda ou crônica, virose do fígado, portador do vírus da hepatite ou outra?																				
21	Sofreu ou sofre de obesidade ou obesidade mórbida ou magreza excessiva? Já realizou tratamento para perda ou ganho de peso nos últimos 12 meses?																				
22	Sofreu ou sofre de alguma doença congênita, como malformação cardíaca, malformação crânio-encefálica, onfalocele, microcefalia, hidrocefalia, sindactilia, polidactilia, mama extranumerária, refluxo gastroesofágico, cegueira, surdez, mudez, prematuridade, doença hemolítica perinatal, fibrose cística do pâncreas? Síndromes: de Down (mongolismo), de Edwards, de Patau, de rubéola congênita, da toxoplasmose congênita, Turner, Klinefelter ou outra?																				
23	Sofreu ou sofre de AIDS, SIDA, portador do vírus, candidíase de repetição, pneumonias de repetição, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, citomegalovirose ou outra?																				
24	Sofreu ou sofre de algum câncer, como de cabeça e pescoço, do sistema nervoso central ou periférico, da hipófise, da tireoide, meduloblastoma, da mama, do pulmão, do mediastino, do esôfago, do colo do útero, do útero, do endométrio, do ovário, do testículo, do rim, do ureter, da adrenal ou suprarenal, da próstata, da bexiga, do ânus, do reto, da pele, linfoma de Hodgkin (supradiagmático), linfoma de Hodgkin (infradiagmático), leucemia, de partes moles, dos ossos, metástases ósseas, metástases ganglionares, metástases nos linfonodos, metástases cerebrais, metástases hepáticas, da vagina, da vulva, do pênis, linfoma não Hodgkin (supradiagmático), linfoma não Hodgkin (infradiagmático), do estômago, do duodeno, do cólon, do intestino delgado, do intestino grosso, da vesícula, das vias biliares, do fígado, do pâncreas, melanoma, da garganta, das cordas vocais, de boca, de lábio, de nariz, de ouvidos, dos olhos, dos músculos, de língua, dos brônquios, laringe, anemia aplástica ou outro?																				

25	Sofreu ou sofre de alguma doença como ansiedade, neurose, psicose, esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, anorexia nervosa, bulimia, autismo, dependência a bebidas alcoólicas, dependência de drogas ou outra? Esteve ou está em acompanhamento psiquiátrico? Especificar.								
26	É ou já foi portador de prótese/órtese/materiais diversos, tais como: parafusos, placas, stents, válvulas, DIU (dispositivo intrauterino), prótese de mama ou outras?								
27	Sofreu algum acidente ou doença que tenha deixado algum tipo de deficiência, cicatriz ou sequela?								
28	Sofreu ou sofre de doença(s) do sangue, recebeu transfusão de sangue ou quimioterapia? Especificar.								
29	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?								
30	Já realizou procedimentos, tais como: cateterismo, angioplastia ou outros?								
31	Sofreu ou sofre de alguma doença não identificada nas questões anteriores? Em caso afirmativo, especificar abaixo.								

Em caso de resposta afirmativa (sim) para qualquer dos itens acima, informar os dados considerados importantes para análise médica, respondendo os quesitos: *Qual? Quando? Por quê? Onde?* Conforme o caso.

Item	Tit./Dep.	Data do Evento	Esclarecimentos/ Especificações

Cobertura Parcial Temporária – CPT: os beneficiários não terão direito aos eventos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou internações em unidade de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº. 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.

Agravo: é 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. Todavia, conforme faculta o artigo 6º, , parágrafo 1º. da Resolução Normativa nº. 162, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Unimed Curitiba não oferece agravo a seus beneficiários, disponibilizando a seus clientes exclusivamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Estando identificada pela UNIMED CURITIBA a existência de doença ou lesão anterior à assinatura do contrato, não declarada pelo CONTRATANTE, caracterizando omissão de informação, esta será comunicada àquele, dando-lhe a oportunidade de manifestar-se acerca da mesma, respeitando o disposto no § 3º. do art 7º. da Resolução CONSU nº. 2. Ocorrendo manifestação contrária do CONTRATANTE, os procedimentos requeridos em seu favor, de seus dependentes ou do beneficiário sob sua responsabilidade, serão autorizados, sendo encaminhada toda a documentação pertinente para julgamento da Agência Nacional de Saúde – ANS, cumprindo o que dispõe o § 4º. . Até decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento por este motivo.

A decisão da ANS, julgando PROCEDENTE a omissão de informação identificada pela UNIMED Curitiba, pode acarretar a suspensão da cobertura e/ou o cancelamento do contrato. Nestes casos, o CONTRATANTE será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou da lesão omitida, desde a data em que tiver recebido a comunicação ou a notificação da UNIMED Curitiba alegando a omissão de informação, ou seja, a existência de doença ou de lesão preexistente não declarada.

Para preenchimento desta declaração, o CONTRATANTE tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora. É facultado ao CONTRATANTE a opção por médico de sua confiança, sendo que neste caso as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

- Optei pela orientação do médico indicado pela UNIMED Curitiba.
- Optei pela orientação do médico de minha confiança.
- Optei por assumir integralmente a responsabilidade sobre as informações prestadas nesta oportunidade, sem me utilizar de médico orientador e disponibilizado pela UNIMED Curitiba, sem ônus para a minha pessoa.

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR	CRM	ASSINATURA
Informações adicionais que o contratante/beneficiário titular julgar importantes, com relação às questões formuladas.		

Para tratamentos (clínico e cirúrgico) de obesidade e obesidade mórbida, a Unimed Curitiba, empenhada em proporcionar qualidade de vida a seus beneficiários, dispõe de protocolos para emagrecimento e pré-cirúrgicos, através de grupos interdisciplinares, com profissionais preparados e habilitados. Esclarecemos ainda, que os requisitos para participação nos respectivos tratamentos, são os mesmos preconizados pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Na qualidade de contratante e responsável pela Proposta de Admissão acima identificada, assumo integralmente a responsabilidade, em meu nome e em nome dos beneficiários inscritos na referida proposta, pelas informações e opções aqui prestadas, as quais coincidem com a via original em meu poder, declaro-me ciente e de acordo com todas as informações constantes neste documento. Tenho conhecimento de que a omissão de informação, bem como o preenchimento incorreto deste documento, caracterizará fraude, nos moldes do Art. 299 do Código Penal, o qual dispõe que "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Penas: 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", tornando o contrato passível de suspensão de cobertura ou denúncia, em conformidade com a Lei n.º 9.656/98 e regulamentações respectivas.

Neste ato, autorizo expressamente qualquer profissional de saúde, laboratório, clínica, hospital, outras instituições médico-hospitalares, operadoras de planos de saúde e de seguros de saúde, outras organizações ou pessoas, a fornecerem à Unimed Curitiba, quaisquer informações relacionadas à minha saúde e a dos demais beneficiários inscritos na Proposta de Admissão em questão.

Data ____/____/____

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL