

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Transcrição (na íntegra) do anexo à RN 162/2007 da Agência Nacional de Saúde (ANS).

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.

### Sede UFRN

Av. Sen. Salgado Filho nº 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

**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](http://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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local Data

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

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local Data

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

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

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

**Sede UFRN**

Av. Sen. Salgado Filho nº 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Titular: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Nome Completo: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
Tel. Resid.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Tel. Trab.: \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, MARCANDO SIM OU NÃO, CONFORME O CASO:

01- Sofre de alguma doença de veia e/ou artéria como varizes, aneurismas, trombozes, má circulação, ou outra?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

02- Sofre de alguma doença do aparelho cardiocirculatório como angina, pressão alta, infarto, arritmias, cirurgias cardíacas anteriores, doenças cardíacas congênitas, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

03- Sofre de doenças congênitas ou metabólicas como diabetes, hipertireoidismo, obesidade, obesidade mórbida, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

04- Sofre de doenças do aparelho digestivo como cálculo biliar, doenças do fígado, doenças de intestino, hemorróidas, fístulas, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

05- Sofre de hérnia de todos os tipos como inguinais, umbilicais, incisionais, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

06- Sofre de doenças do sangue ou imunológicas como anemias, púrpuras, talassemias, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

**Sede UFRN**

Av. Sen. Salgado Filho n° 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

07- Sofre de doenças do aparelho gênito- urinário como cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra, transplantados, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

08- Sofre de doenças do sistema nervoso e cérebros vasculares como derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

09- Sofre de alguma doença de ouvido, nariz e garganta como diminuição de audição, desvio de septo, sinusites, amigdalites, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

10- Sofre de alguma doença crônica do aparelho respiratório como asma, bronquite, efisema, pneumonia de repetição, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

11- Sofre de alguma doença ortopédica como artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas, lesão ligamentar, desvios de coluna, osteoporose, lesão de tendão, deformidades ósseas congênitas, fraturas de repetição, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

12- Sofre de alguma doença ginecológica e de mama como mioma, períneo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras, ou está em gestação?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

13- Sofre de alguma doença relacionada ao HIV como Aids e suas complicações, infecciosas e degenerativas?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

14- Sofre de doenças ou tumorações benignas ou malignas como leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de cânceres?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

**Sede UFRN**

Av. Sen. Salgado Filho nº 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

15- É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos com próstata, hidrocele fimose criptorquidia, para- fimose, impotência, doença de peroni, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

16- Sofre de doenças oftalmológicas e alterações de refração como catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia, uso de lentes corretivas, entre outras?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

17- É portador de doenças e transtornos mentais e psiquiátricos como psicose maníaco depressivo, depressão, esquizofrenia, retardo mental, uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD, entre outros?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

18- Faz algum tipo de tratamento? Qual (is)?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

19- Já fez algum tipo de cirurgia?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

20- Tem alguma deficiência de órgão, membros ou sentidos?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

21- Já foi submetido a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

22- Fuma?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

**Sede UFRN**

Av. Sen. Salgado Filho n° 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

23- Consome bebida alcoólica?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

24- É acompanhado por algum médico?

Sim  Não

Especificar: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que **nada omiti** em relação ao meu estado de saúde e que as informações prestadas por mim, na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento do Artigo 766 do código Civil Brasileiro, o qual dispõe que “ **se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta**”, perderá o direito às coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos benefícios já obtidos. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a CAURN, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ao sigilo profissional.

### ENTREVISTA QUALIFICADA

Marque a opção escolhida

1. ( ) Declaro que fui orientado por médico credenciado pela CAURN no preenchimento da Declaração de Saúde.
2. ( ) Declaro que fui orientado por meu médico particular no preenchimento da Declaração de Saúde.
3. ( ) Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e que dispensei a orientação médica para responder às mesmas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Sede UFRN

Av. Sen. Salgado Filho n° 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800