

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, 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.

X _____

PLANO MÉDICO HOSPITALAR DOS HOSPITAIS UNIDOS DE VIÇOSA

Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Loja 01, Centro, Viçosa- MG CEP 36570-097
www.plamhuv.com.br - (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

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!

* 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.**

INFORMAÇÕES SOBRE O VENDEDOR DO PLANO

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário (Legível): _____

Responsável (para menores de idade): _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos Peso: _____ kg Altura: _____ m

Telefone: (____) _____ Data: ____/____/____

PLANO MÉDICO HOSPITALAR DOS HOSPITAIS UNIDOS DE VIÇOSA

Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Loja 01, Centro, Viçosa- MG CEP 36570-097
www.plamhuv.com.br - (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Ocorrendo declaração de doença ou lesão preexistente, o PLAMHUV lhe oferecerá a **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;
2. **Agravo** é qualquer acréscimo no valor paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, inclusive para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. O PLAMHUV se reserva o direito de não oferecer agravo como opção a CPT, conforme possibilita o artigo 6º, § 1º, da Resolução nº 162/07 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
3. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o (a) Sr. (a) saiba ser portador (a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), pode acarretar a **SUSPENSÃO** ou **RESCISÃO** do contrato por **FRAUDE**. Neste caso, o (a) Sr. (a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas pelo PLAMHUV para o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada, sem prejuízo da abertura de processo criminal por Falsidade Ideológica, a teor do Art. 299 do Código Penal.
4. Todas as páginas da declaração de saúde deverão ser rubricadas e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, sendo que a incapacidade deve ser devidamente comprovada pelo representante legal.

INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Leia com atenção e preencha corretamente o questionário de saúde. Este documento é fundamental para o ingresso no Plano de Saúde.

Toda resposta “SIM” deve ser explicada, informando especificamente a doença, tratamento ou cirurgia realizados.

O médico auditor do PLAMHUV poderá entrar em contato ou pedir uma entrevista caso haja dúvidas nas respostas.

X _____

PERGUNTAS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PLANO MÉDICO HOSPITALAR DOS HOSPITAIS UNIDOS DE VIÇOSA

Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Loja 01, Centro, Viçosa- MG CEP 36570-097
www.plamhuv.com.br - (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

A) Perguntas gerais:

1. Possui algum problema de saúde? Ex.: diabetes, pressão alta, câncer, tireóide, etc.
() Não () Sim. Explique: _____

2. Toma alguma medicação todos os dias?

() Não () Sim. Quais: _____

3. Já foi operado alguma vez? Ex.: cesariana, retirou a vesícula, fratura, etc.

() Não () Sim. Explique: _____

4. Possui alguma deficiência? Ex.: usa cadeira de rodas ou muletas, surdez, diminuição da visão, autismo, paralisia cerebral.

() Não () Sim. Explique: _____

5. Fuma, bebe ou usa algum tipo de droga ilícita?

() Não () Sim. Explique: _____

6. Tem ou já teve história de câncer? Se sim, qual tratamento realizou?

() Não () Sim. Explique: _____

B) Doenças Cardiovasculares:

1. Possui pressão alta, arritmia, sopro no coração ou alguma doença cardiovascular?

() Não () Sim. Explique: _____

2. Já teve infarto no coração ou angina?

() Não () Sim. Explique: _____

3. Já fez exames como Eletrocardiograma, Ecocardiograma ou Teste Ergométrico?

() Não () Sim. Quais e qual resultado? _____

4. Tem varizes ou pequenos vasos? Se sim, já fez algum tratamento?

() Não () Sim. Explique: _____

C) Doenças Endócrinas:

1. Possui diabetes? Se sim, faz qual tratamento (medicação, insulina)?

() Não () Sim. Explique: _____

2. Possui problema na tireóide (hipo/hipertireoidismo, nódulo, etc)?

() Não () Sim. Explique: _____

3. Possui alguma outra alteração hormonal? Ex.: alteração na prolactina, testosterona.

() Não () Sim. Explique: _____

X _____

D) Doenças Respiratórias, Ouvido, Nariz e Garganta:

1. Possui Rinite ou Sinusite? () Não () Sim. Explique: _____
2. Possui Asma ou Bronquite? () Não () Sim. Explique: _____
3. Tem ou já teve Desvio de Septo? () Não () Sim. Operou? _____
4. Possui problema nas Amígdalas ou Adenóides? () Não () Sim. Operou? _____
5. Possui dificuldade de audição? () Não () Sim. Explique: _____
6. Possui labirintite? () Não () Sim. Explique: _____
7. Possui a Doença do Ronco ou Apnéia do Sono?
() Não () Sim. Qual tratamento? _____

E) Doenças Gastro-Intestinais:

1. Possui gastrite ou úlcera? Já fez endoscopia?
() Não () Sim. Explique: _____
2. Possui Doença do Refluxo? () Não () Sim. Explique: _____
3. Tem ou já teve Pedra na Vesícula (litíase)? Se sim, já operou?
() Não () Sim. Explique: _____
4. Tem ou já teve hemorróidas? Se sim, já fez algum tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____
5. Possui algum problema no fígado? Ex.: nódulo, hemangioma, cirrose, gordura
() Não () Sim. Explique: _____

F) Doenças Genito-Urinárias:

1. Tem ou já teve Cálculo Urinário? Se sim, qual o tratamento (cirurgia, saiu sozinho)?
() Não () Sim. Explique: _____
2. Possui Perda de Urina? Se sim, faz ou já fez algum tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____
3. Tem ou já teve infecção urinária de repetição?
() Não () Sim. Explique: _____
4. Possui algum problema nos rins? Ex.: cisto, nódulo, insuficiência renal
() Não () Sim. Explique: _____

x _____

G) Doenças dos Ossos e das Articulações:

1. Já fraturou alguma coisa? Se sim, qual parte do corpo e tratamento (gesso, cirurgia)?
() Não () Sim. Explique: _____
2. Possui algum problema nas articulações do joelho, ombro, cotovelo, quadril, etc? Já rompeu algum ligamento, luxação ou necessidade de cirurgia?
() Não () Sim. Explique: _____
3. Possui artrite ou artrose? () Não () Sim. Explique: _____
4. Possui algum problema ou dor na coluna (ex: hérnia, dor no ciático)? Já fez algum tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____
5. Possui Osteoporose ou Osteopenia? Se sim, qual tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____

H) Doenças do Sistema Nervoso Central e Psiquiátricas:

1. Tem ou já teve AVC (derrame)?
() Não () Sim. Explique: _____
2. Tem diagnóstico de Doença de Alzheimer ou Doença de Parkinson?
() Não () Sim. Explique: _____
3. Tem ou já teve Convulsão ou Epilepsia? Se sim, qual tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____
4. Possui Enxaqueca ou dor de cabeça frequente? Se sim, qual tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____
5. Trata Depressão, Ansiedade, Síndrome do Pânico ou usa algum remédio controlado?
() Não () Sim. Explique: _____
6. Tem algum transtorno psiquiátrico como Bipolaridade, Borderline, Esquizofrenia, etc?
() Não () Sim. Explique: _____

I) Doenças dos Olhos:

1. Usa óculos? Se sim, por qual motivo (miopia, astigmatismo, hipermetropia, etc)?
() Não () Sim. Explique: _____
2. Possui Catarata? () Não () Sim. Tratamento: _____
3. Possui Glaucoma? () Não () Sim. Tratamento: _____
4. Possui outra doença nos olhos? () Não () Sim. Qual? _____

x _____

PLANO MÉDICO HOSPITALAR DOS HOSPITAIS UNIDOS DE VIÇOSATravessa Dr. Felício Brandi, 22, Loja 01, Centro, Viçosa- MG CEP 36570-097
www.plamhuv.com.br - (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

J) Outras Doenças:

1. Possui alguma doença no sangue? Ex.: Anemia, plaqueta baixa, púrpura?
() Não () Sim. Explique: _____
2. Possui algum problema nas mamas? Ex.: nódulo, cisto, aumento de volume?
() Não () Sim. Explique: _____
3. Possui hérnia umbilical ou inguinal? Já operou?
() Não () Sim. Explique: _____
4. Possui alguma doença de pele? Ex.: acne, manchas, tumorações
() Não () Sim. Explique: _____

SOMENTE PARA HOMENS

1. Possui fimose? () Não () Sim. Tratamento: _____
2. Possui varicocele (veias aumentadas no testículo)?
() Não () Sim. Tratamento: _____
3. Tem problema na próstata? () Não () Sim. Tratamento: _____
4. Possui alguma outra doença nos órgãos genitais?
() Não () Sim. Explique: _____
5. Já fez vasectomia? () Não () Sim

SOMENTE PARA MULHERES

1. Tem ou já teve Mioma, Pólipo ou Endometriose? Se sim, já fez algum tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____
2. Possui Cisto no Ovário ou Ovários Policísticos? Se sim, já fez algum tratamento?
() Não () Sim. Explique: _____
3. Já teve alguma alteração no Exame Preventivo (Papanicolaou)? Se sim, qual?
() Não () Sim. Explique: _____
4. Já teve alguma alteração na Mamografia? Se sim, qual?
() Não () Sim. Explique: _____
5. Já engravidou? Quantos partos cesareanos já teve? Quantos abortos?
() Não () Sim. Partos Cesareanos: _____ Abortos: _____
6. Está grávida? () Não () Sim
7. Já fez Laqueadura/Ligadura das Tubas (cirurgia para não engravidar)? () Não () Sim

X _____

PLANO MÉDICO HOSPITALAR DOS HOSPITAIS UNIDOS DE VIÇOSA

CONSIDERAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Possui alguma outra doença que não foi perguntada, deseja esclarecer mais alguma coisa ou tem alguma informação adicional que queira relatar?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Nos termos da Resolução Consu nº 02/1998; declaro ter sido esclarecido sobre as alternativas de cobertura às doenças das quais sou portador (a), **tendo optado pela Cobertura Parcial Temporária.**

Declaro também ser portador das doenças relacionadas acima, classificadas como pré-existentes à data de adesão ao plano, sabendo que deverei cumprir carência de 2 (dois) anos para os procedimentos acima relacionados, eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados com a doença.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

X _____
Beneficiário / Responsável

Data: ____ / ____ / ____

PARA USO EXCLUSIVO DO AUDITOR E DO PLANO DE SAÚDE

Beneficiário: essa folha será preenchida com o CID-10 (Código Internacional de Doenças) de acordo com as doenças e patologias declaradas. Esse preenchimento será feito pelo auditor. Favor apenas assinar no final da folha.

DLP IDENTIFICADAS MEDIANTE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

DLP – Doença ou Lesão Pré-Existente	Código CID-10

CONSIDERAÇÕES DO MÉDICO AUDITOR

IMC: _____ () Normal () Sobrepeso () Obesidade
 () Carência Normal () Sem Carência () Carência Parcial _____

Data: ____/____/____

 Médico Auditor

 Beneficiário

PLANO MÉDICO HOSPITALAR DOS HOSPITAIS UNIDOS DE VIÇOSA

 Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Loja 01, Centro, Viçosa- MG CEP 36570-097
 www.plamhuv.com.br - (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1