

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS MENORES DE 12 ANOS  
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO / RESPONSÁVEL**

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](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.**

**INFORMAÇÕES SOBRE O VENDEDOR DO PLANO**

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

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

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO E RESPONSÁVEL**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Responsável: \_\_\_\_\_

CPF do Responsável: \_\_\_\_\_

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](http://www.plamhuv.com.br) - (31) 3891-1800 - [plamhuv@plamhuv.com.br](mailto: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

As informações devem ser preenchidas por um dos pais ou responsáveis pela criança.

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 \_\_\_\_\_

**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

**PERGUNTAS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE****A) Perguntas Relacionadas à Gravidez e ao Parto:**

1. Criança nasceu de: ( ) Parto Normal ( ) Parto Cesariano.

Motivo da Cesariana: ( ) Escolha da Mãe ( ) Outro: \_\_\_\_\_

2. Nasceu no tempo certo (9 meses ou mais de 37 semanas)? ( ) Não ( ) Sim

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

3. O bebê nasceu com algum problema de saúde ou alguma deficiência?

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

4. Teve alta em até 2 dias (alta precoce)?

( ) Sim ( ) Não. Qual motivo? \_\_\_\_\_

5. A mãe teve alguma complicação no Pré-Natal? Ex.: pressão alta, diabetes, bolsa rompida antes da hora, parto prematuro, restrição de crescimento.

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

6. Teste do Olhinho: ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Não realizou

7. Teste do Coraçõzinho: ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Não realizou

8. Teste da Orelhinha: ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Não realizou

9. Teste do Pezinho: ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Não realizou

**B) Perguntas sobre Patologias ou Problemas de Saúde:**

1. Possui algum problema de saúde? Ex.: asma, bronquite, alergia alimentar, etc.

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

2. Toma alguma medicação todos os dias?

( ) Não ( ) Sim. Quais: \_\_\_\_\_

3. Já foi operado alguma vez? Ex.: fimose, hérnia, fratura, etc.

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

4. Já ficou internado? Se sim, por qual motivo?

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

7. Possui arritmia, sopro no coração ou alguma doença cardiovascular?

( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

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

8. Possui diabetes? Se sim, faz qual tratamento (medicação, insulina)?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
9. Possui Rinite ou Sinusite? ( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
10. Possui Asma ou Bronquite? ( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
11. Possui problema nas Amígdalas ou Adenóides? Ex.: aumento ou infecção recorrente  
( ) Não ( ) Sim. Operou? \_\_\_\_\_
12. Possui Intolerância a Lactose, Doença Celíaca, Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV) ou alguma outra patologia ou alergia alimentar?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
13. Possui alguma outra alergia? Ex.: pele, medicamentos, poeira, animais, etc.  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
14. Possui Doença do Refluxo? ( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
15. Tem ou já teve infecção urinária de repetição?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
16. Já fraturou (quebrou) algum osso? Se sim, onde e qual tratamento (gesso, cirurgia)?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
17. Tem ou já teve Convulsão ou Epilepsia? Se sim, qual tratamento?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
18. Usa óculos? Se sim, por qual motivo (miopia, astigmatismo, estrabismo, etc)?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
19. Possui outra doença do olho ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
20. Possui alguma doença no sangue? Ex.: Anemia, plaqueta baixa, púrpura?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_
21. Possui hérnia umbilical ou inguinal? Já operou?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

### SOMENTE PARA MENINOS

1. Possui fimose? ( ) Não ( ) Sim. Tratamento: \_\_\_\_\_
2. Possui varicocele (veias aumentadas)? ( ) Não ( ) Sim. Tratamento: \_\_\_\_\_
3. Possui alguma outra doença nos órgãos genitais?  
( ) Não ( ) Sim. Explique: \_\_\_\_\_

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

## CONSIDERAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

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


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**

( ) 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