

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.

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 - 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: **CURITIBA/PR** Data:

Nome: **KATLEEN FURTADO SCHULTZ**

Assinatura:

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local: **CURITIBA/PR** Data:

Nome: **DALTON GERSON PUGSLEY FILHO**

CPF: **018.246.159-90**

Assinatura: *Dalton*

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: “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.

Afirmo saber que a Cobertura Parcial Temporária (CPT) permite a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade e leitos de alta tecnologia (internações em unidade de tratamento intensivo – UTI) relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.

Afirmo saber que a operadora pode oferecer o Agravo, que se refere ao acréscimo no valor da mensalidade do 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. A oferta pelas operadoras do Agravo como opção à CPT é facultativa, conforme artigo 6.º, parágrafo 1.º da Resolução Normativa n.º 162/2008, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Afirmo saber que, para as doenças ou lesões preexistentes informadas no presente documento que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, a Unimed Curitiba irá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) uma vez que a oferta de Agravo não é obrigatória.

Afirmo saber que caso a Unimed Curitiba venha a identificar, no período de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, indícios de omissão de informação de doença ou lesão preexistente à assinatura do contrato que não tenha sido declarada no presente documento, comunicará imediatamente o cliente para que se manifeste em 10 (dez) dias. Se houver concordância quanto à alegação de omissão de informação, a Unimed Curitiba aplicará CPT para a doença omitida. Se houver discordância quanto à alegação de omissão de informação, a Unimed Curitiba encaminhará o caso para julgamento da ANS. Caso a ANS julgue que houve omissão de informação, a Unimed Curitiba poderá promover a suspensão da cobertura ou o cancelamento do contrato. Além disso, o beneficiário será responsável pelo pagamento à Unimed Curitiba das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT relativos à doença omitida.

Autorizo a Unimed Curitiba a enviar ao e-mail por mim indicado abaixo a correspondência de aplicação de CPT, bem como demais comunicações necessárias. Declaro que conferi e sou responsável pela veracidade dos dados, em especial referentes ao endereço eletrônico (e-mail) e telefones por mim apresentados neste ato. Declaro ainda ter conhecimento que receberei comunicações por mensagem de texto (SMS).

katleenschultz@gmail.com

E-MAIL DO TITULAR/RESPONSÁVEL (campo obrigatório)

41 98902-4711

TELEFONE(S) PARA CONTATO (obrigatório)

DATA

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL

