

CNPJ	Nome da Empresa
Nome da Empresa - Continuação	

**Opção de Plano:**  AMBULATORIAL  
 GLOBAL

**Beneficiários:**  TITULAR  
 DEPENDENTE(S)

**Tipo de Movimentação:**  INCLUSÃO  
 EXCLUSÃO  
 ALT. DADOS CADASTRAIS

**Titular (Sem Abreviações)**

Nome completo				
Nome da mãe				
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Naturalidade (Cidade, Estado e País)	
CPF	RG	Órgão Expedidor		
Endereço Residencial Completo				
Bairro	Cidade			
CEP	UF	DDD / Telefone	DDD / Telefone 2	DDD / Telefone Celular
E-mail				
Cartão SUS	Nº Registro / Inscrição na Entidade			

**Dependentes (Sem Abreviações)**

1 - Nome Completo				
Nome da mãe				
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	CPF	
Parentesco	Cartão SUS	Nº da Declaração de Nascido Vivo		

2 - Nome Completo				
Nome da mãe				
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	CPF	
Parentesco	Cartão SUS	Nº da Declaração de Nascido Vivo		

3 - Nome Completo				
Nome da mãe				
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	CPF	
Parentesco	Cartão SUS	Nº da Declaração de Nascido Vivo		

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA SUBESTIPULANTE

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado beneficiário,

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que regula as atividades de 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 declaração de saúde?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou o seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de 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 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 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, endoscopia, 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. 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 de 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 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 ao 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	Intermediário entre a operadora e o beneficiário
Local _____, Data ____/____/____	Local _____, Data ____/____/____
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF	Nome legível, assinatura e CPF

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

BENEFICIÁRIO	NASCIMENTO	PESO	ALTURA
Titular			
Dependente 1			
Dependente 2			
Dependente 3			

**IMPORTANTE:** O preenchimento desta declaração é obrigatória para habilitação no plano de saúde, você tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

**Responda SIM ou NÃO caso POSSUA ou TENHA POSSUÍDO alguma das enfermidades/lesões mencionadas:**

TODAS AS QUESTÕES DE 01 A 21 DEVERÃO SER RESPONDIDAS COM SIM OU NÃO	T	D1	D2	D3
1) Doença endócrina. Ex.: Diabetes, tireóide, obesidade, doenças da hipófise, etc.				
2) Câncer. Realizou ou realiza tratamento quimioterápico/radioterápico?				
3) Doença infecto-contagiosa. Ex.: HIV, hepatite B ou C, malária, tuberculose, doenças venéreas etc.				
4) Doença psiquiátrica. Ex.: Depressão, esquizofrenia, T.H. bipolar, dependência química, etc. Houve algum tipo de internação em clínica psiquiátrica?				
5) Doença cardiovascular. Ex.: Pressão alta, infarto, angina, doença de válvulas, arritmias, aneurisma de aorta, trombose, isquemia, varizes, etc.				
6) Doença do aparelho respiratório. Ex.: Asma, bronquite, enfisema/DPOC, bronquiectasias, etc.				
7) Doença da pele, olhos, ouvido, nariz ou garganta. Ex.: Psoríase, catarata, ptose, palpebral, miopia, glaucoma, estrabismo, ceratocone, surdez, desvio de septo nasal, hipertrofia de amígdalas, adenoides, sinusite, otite etc.				
8) Doença do aparelho genital feminino/masculino. Ex.: Cisto de ovário, ovário policístico, prolapso genital, mioma, endometriose, infertilidade, fimose, varicocele, próstata aumentada, hidrocele, criptorquidia, testículo não descido, incontinência ou retenção urinária, etc.				
9) Doença das mamas. Ex.: Nódulo, aumento da mama (ginecomastia), mama supranumerária, etc.				
10) Doença do aparelho urinário. Ex.: Cálculo ou insuficiência renal, infecção urinária, etc. Já fez diálise?				
11) Doença reumatológica, das articulações, músculos ou ossos. Ex.: Hérnia de disco, espondilite, artrose, artrite, escoliose, lesão ligamentar, tendão ou menisco, artrite reumatóide, lupus, esclerodermia, osteomielite, etc.				
12) Doença hematológica. Ex.: Anemia, púrpura, mieloma múltiplo, linfoma, leucemia, doença de Hodgkin, etc.				
13) Doença de hérnia. Ex.: Hérnia inguinal, incisional, umbilical, escrotal, etc.				
14) Doença neurológica. Ex.: Derrame, aneurisma cerebral, Parkinson, epilepsia, esclerose múltipla, enxaqueca, labirintite, Alzheimer, demência, paralisia cerebral, etc.				
15) Doença do aparelho digestivo. Ex.: Úlcera, cirrose, chron, hemorróidas, cálculas na vesícula biliar, hérnia de hiato, pólipos, hemorragia digestiva, refluxo gastroesofágico, pancreatite, divertículos, etc.				
16) Doença congênita, deformação congênita ou hereditária.				
17) Sequela provocada por acidente, lesão ou doença.				
18) Doença relacionada a gravidez. Ex.: Diabetes e pressão alta.				
19) Submeteu-se a algum tratamento cirúrgico para implante de prótese/órtese? Ex.: Marcapasso cardíaco, válvula cardíaca, stent coronário ou cerebral, prótese/órtese ortopédica, etc.				
20) Utiliza ou já utilizou aparelho ortodôntico?				
21) Há alguma outra doença ou tratamento não mencionado anteriormente que você já tenha realizado ou tenha indicação para realizar?				

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE - ENTREVISTA QUALIFICADA

ITEM	BENEFICIÁRIO	DATA DO EVENTO	DESCRIÇÃO

Para o preenchimento desta declaração de saúde, declaro que:

- Fui orientado por um médico do Centro Clínico Gaúcho.
- Fui orientado pelo meu médico particular, não credenciado ao Centro Clínico Gaúcho.
- Tenho conhecimento de todas as perguntas acima expostas, razão pela qual dispensei a orientação médica, assumindo a responsabilidade por todas as informações prestadas.

**Declaro que** as informações prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente de que a omissão de informação sobre a doença e/ou lesão preexistente poderá acarretar a abertura de processo administrativo junto à ANS, bem como a rescisão contratual e a responsabilidade do beneficiário nos termos do artigo 13 da lei nº 9.656/98.

**Declaro estar ciente de que:**

**Cobertura Parcial Temporária (CTP)** é aquela que admite, por um período interrupto 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;

**Agravo** é como 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.

Assim, quanto às doenças ou lesões preexistentes declaradas opto pela(o):

- Cobertura Parcial Temporária       Agravo

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR