

## **AVISO IMPORTANTE!**

Estes documentos (Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde) atendem a Resolução Normativa nº 162 da ANS e **EM NENHUMA HIPÓTESE SERÃO ACEITOS** se:

- **Estiver faltando assinatura, local e data nos campos identificados, conforme orientações no preenchimento;**
- **Estiver faltando a identificação pessoal;**
- **Estiver faltando peso, altura ou resposta de qualquer uma das questões;**
- **Estiver rasurado ou ilegível;**
- **Estiver digitalizado ou digitado (deverá ser preenchido de próprio punho pelo beneficiário, beneficiário titular do plano de saúde ou seu responsável legal).**

**UNIMED DE CIANORTE**

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: \_\_\_\_\_



[www.unimed.coop.br/cianorte](http://www.unimed.coop.br/cianorte)  
Av. Mato Grosso 1335 - Centro  
87200-300 - Cianorte - PR  
T. (44) 3351-2600  
SAC 0800-414-554  
SAC Def. 0800-642-2009



## 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.

### **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.

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: \_\_\_\_\_



**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 Data

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

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº 162 de 17/10/2007 e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- 1- A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.
- 2- O presente documento possui um total de 09 (nove) páginas, divididas em 03 três partes ou seções. A parte III é de uso exclusivo da Unimed. Cabe ao proponente o preenchimento das Partes I - Identificação Pessoal e II – Informações Sobre Sua Saúde e/ou Seus Dependentes, exceto o campo destinado ao médico orientador. Apenas a questão nº 26 é opcional, sendo obrigatória a resposta a todas as outras. Quando necessário, serão acrescidas as Partes IV – Perícia Médica e V - Declaração de Ciência da Cobertura Parcial Temporária (esta deverá ser preenchida pela Unimed, mediante informações obtidas com o médico auditor, porém, o proponente deve tomar conhecimento do seu conteúdo e assiná-la).
- 3- Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida de próprio punho pelo próprio consumidor proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador.
- 4- No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.
- 5- Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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.
- 6- Agravo é 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. O oferecimento do Agravo é facultado à operadora.
- 7- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.**
- 8- Após avaliação da Declaração de Saúde, a UNIMED poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela UNIMED.
- 9- Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da UNIMED:
  - a) Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e
  - b) Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: \_\_\_\_\_



## PARTE I - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL (preencher **todos** os campos)

Nome do Beneficiário:	_____	
Data de Nascimento:	___/___/___	Fone: _____ / _____

## PARTE II - INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU SEUS DEPENDENTES

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- Sim, médico da Unimed  
 Sim, médico particular de minha escolha  
 Não

**IMPORTANTE:** Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que "**o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador**". Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg    Altura: \_\_\_\_\_ m    IMC: \_\_\_\_\_

O beneficiário proponente deverá responder **TODAS** as questões (SIM ou NÃO). Caso a resposta seja afirmativa (SIM), detalhar na linha logo abaixo da pergunta:

1. Sofre de alguma <b>doença neurológica</b> , como enxaqueca, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral (A.V.C.), aneurisma cerebral, paralisias, Mal de Parkinson, epilepsia, neurite diabética, Alzheimer, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

2. Está em acompanhamento <b>psiquiátrico</b> ou sofre de alguma doença como ansiedade, neurose, psicose, esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, anorexia nervosa, bulimia, autismo, dependência de bebidas alcoólicas, dependência de drogas ou outras?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: \_\_\_\_\_

3. Sofre de alguma <b>doença dermatológica</b> , como vitiligo, nevus (pintas de beleza), cicatrizes, alopecia (perda de cabelo), micoses, melanoma (tipo de cancer que atinge tecido epitelial) ou outra?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

4. Sofre de alguma <b>doença alérgica</b> , como dermatite, eczema (dermatite atópica), rinite, asma urticária ou outra?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

5. Sofre de alguma <b>doença oftalmológica</b> , como estrabismo, miopia, astigmatismo, catarata, hipermetropia, glaucoma, ou aumento de pressão no olho, queda da pálpebra, obstrução do canal lacrimal, olho vermelho, pterígio, calásio (cisto da pálpebra), descolamento de retina, inflamação de nervo ocular, caratocone ou outro?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

6. Sofre de alguma <b>doença de nariz e/ou ouvido</b> , como desvio de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenóide, rinoscoliose (nariz torto), sinusite de repetição, pólipos de laringe ou das cordas vocais ou outra?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

7. Sofre de alguma <b>doença respiratória</b> , como bronquite, asma, DPOC, enfisema, ronco, apnéia do sono ou outra?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

8. Sofre de alguma <b>doença cardiovascular</b> , como infarto, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial (pressão alta), aneurisma da aorta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, Doença de Chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas ou outras?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

9. Sofre de alguma <b>doença hematológica (doenças relacionadas ao sangue)</b> , como hemofilia, trombocitose, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra, ou recebe transfusão de sangue?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

10. Sofre de alguma <b>doença endocrinológica</b> , como diabetes insípido, diabetes melito, diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes juvenil, diabetes congênita, hipertireoidismo, cisto ou nódulo de tireoide, bócio, tireoidite, hipotireoidismo ou outra?	<b>Resposta</b>

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: \_\_\_\_\_

11. Sofre de alguma <b>doença infecciosa</b> , como tuberculose, malária, dengue, sífilis, HPV (papiloma vírus), HIV (AIDS, SIDA), portador do vírus, candidíase de repetição, pneumonias de repetição, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, citomegalovirose ou outra ?	<b>Resposta</b>
--	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

12. Sofre de alguma <b>doença ortopédica</b> , como pseudoartrose, lesão de menisco, fratura viciosamente consolidada, tumor ósseo benigno, joanete, esporão do calcâneo, lesão do manguito rotador do ombro, síndrome de túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, lombociatalgia, cervicobranquialgia ou outra?	<b>Resposta</b>
---	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

13. Sofre de alguma <b>doença reumatológica</b> , como osteoporose, artrose, reumatismo, lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia, dermatomiosite, doença do Crohn ou outra?	<b>Resposta</b>
--	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

14. Sofre de alguma <b>doença do aparelho digestivo</b> , como refluxo gastroesofágico, úlcera do estômago, úlcera do duodeno, pedra na vesícula, diarreia crônica, obstipação intestinal, hemorroidas, fissura anal, gastrite, colite, hemorragia digestiva, ascite, estenose de esôfago ou outra?	<b>Resposta</b>
---	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

15. Sofre de alguma <b>doença vascular</b> , como varizes de esôfago, varizes, síndrome pós-trombótica, flebite, Síndrome de Raynaud ou outra?	<b>Resposta</b>
--	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

16. Sofre de alguma <b>doença hérnia</b> , como diafragmática, umbilical, inguinal, inguino-escrotal, incisional de hiato ou outra?	<b>Resposta</b>
---	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

17. Sofre de alguma <b>doença urológica</b> , como fimose, parafimose, estenose de uretra, pedras (cálculos do rim ou outra localização), malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, perda de urina, impotência, nefrite, síndrome nefrótico ou outra?	<b>Resposta</b>
--	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: \_\_\_\_\_



18. Sofre de alguma doença <b>ginecológica</b> , como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mama, alteração funcional benigna da mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra?	<b>Resposta</b>
---	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

19. Sofre de <b>infertilidade</b> (não prosseguimento da gestação) ou esterilidade (não consegue engravidar)?	<b>Resposta</b>
---	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

20. Sofre de alguma <b>hepatite</b> , como hepatite viral aguda ou crônica, virose do fígado, portador de vírus da hepatite ou outra?	<b>Resposta</b>
---	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

21. Sofre de alguma <b>doença congênita</b> (adquiridas antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida), como malformação cardíaca, malformação crânio-encefálica, onfalocele, microcefalia, hidrocefalia, sindactilia, polidactilia, mama extranumerária, refluxo gastroesofágico, cegueira, surdez, mudez, prematuridade, doença hemolítica, perinatal, fibrose cística do pâncreas? Síndrome: de Down (mongolismo), de Edwards, de Patau, de rubéola congênita, de toxoplasmose congênita, Turner, Klinefelter ou outra?	<b>Resposta</b>
--	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

22. Sofre de algum <b>câncer</b> , como de cabeça e pescoço, do sistema nervoso central ou periférico, da hipófise, da tireoide, meduloblastoma, da mama, do pulmão, do mediastino, do esôfago, do colo do útero, do útero, do endométrio, do ovário, do testículo, do rim, do ureter, da adrenal ou supra-renal, da próstata, da bexiga, do ânus, do reto, da pele, Linfoma de Hodgkin (supradiaphragmático), Linfoma de Hodgkin (infradiaphragmático), leucemia, de partes moles, dos ossos, metástases ósseas, metástases ganglionares, metástases nos linfonodos, metástases cerebrais, metástases hepáticas, da vagina, da vulva, do pênis, Linfoma não Hodgkin (supradiaphragmático), Linfoma não Hodgkin (infradiaphragmático), do estômago, do duodeno, do cólon, do intestino delgado, do intestino grosso, da vesícula, das vias biliares, do fígado, do pâncreas, melanoma, da garganta, das cordas vocais, de boca, de lábio, de nariz, de ouvido, dos olhos, dos músculos, de língua, dos brônquios, da laringe, de anemia aplástica, ou outros?	<b>Resposta</b>
---	-----------------

Se Sim, detalhar: \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário ou responsável legal: \_\_\_\_\_



**PARTE III - PARECER MÉDICO DA OPERADORA**  
**(para uso exclusivo da Unimed de Cianorte)**

Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Apto, sem Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou necessidade de perícia médica</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CPT (Cobertura Parcial Temporária)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Perícia Médica</b>	
Data: ____/____/____	

Obs.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Carimbo e Assinatura do Médico Avaliador