

# Carta de Orientação e Declaração de Saúde

FRM-QUAL-152 - REV 017 02/12/2022





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:**

Guarapari / ES / /  
Local Data

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

Município de residência: Guarapari / ES

E-mail: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

**Intermediário entre a operadora e o beneficiário:**

Guarapari / ES / /  
Local Data

Corretora/Empresa/Entidade: UCDL (CDL Guarapari)

Nome: Márcio de Freitas

CPF/CNPJ: 05.930.140/0001-82

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

A Carta de Orientação ao Beneficiário que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos, devendo conter rubrica no canto inferior direito de todas as folhas.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde.

Para análise da declaração de saúde do recém-nascido, por parte da Auditoria Médica, deverão ser observadas as seguintes obrigações:

- a) Para inclusão de recém-nascido, após 30 (trinta) dias de seu nascimento, deverá ser apresentado o cartão de vacina.
- b) Em caso de internação hospitalar do recém-nascido, superior a 3 (três) dias, deverá ser apresentado o laudo de evolução de alta da UTIN.

**A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.**

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

**Informamos que os valores de peso e altura declarados neste documento servirão de cálculo para o IMC (Índice de Massa Corporal). Caso o índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT).**

O tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis do consumidor proponente e/ou de seus dependentes pela Unimed Vitória, para os fins do preenchimento da Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada e regular prestação dos serviços de assistência à saúde contratados, visa atender as exigências de garantia assistencial obrigatória estabelecidas na Lei 9.656/98 (Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde) e resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e será realizado independentemente do consentimento do(s) Titular(es) de dados manifestado no ato da contratação, sempre de modo a resguardar os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e livre desenvolvimento da pessoa natural, em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

Para mais informações sobre o tratamento de dados pessoais pela UNIMED, o consumidor proponente poderá contatar os seguintes canais:

- a) **Website:** <https://www.unimed.coop.br/web/vitoria/politica-de-privacidade> – campo “Política de Privacidade”;
- b) **Encarregado de Proteção de Dados (e-mail):** [dpo@unimedvx.com.br](mailto:dpo@unimedvx.com.br)
- c) **Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC – 0800 026 0080.**

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**

A 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.

1ª Via da Unimed Vitória/2ª Via do Beneficiário



# Declaração de Saúde

**Unimed**  
Vitória

De acordo com a Resolução Normativa – RN nº 162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## PREENCHER SEM RASURAS, DE FORMA LEGÍVEL E DE PRÓPRIO PUNHO, PELO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL

<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL OU FAMILIAR:	NOME DO PLANO:	CONTRATANTE:	CÓDIGO DO CONTRATO:
<input checked="" type="checkbox"/> COLETIVO EMPRESARIAL / COLETIVO ADESAO:			

### NOME COMPLETO DO PROPONENTE TITULAR (T)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

### NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D1)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

### NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D2)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

### NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D3)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

### NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D4)

CELULAR	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
---------	--------------------	--------	------	-----

(O Índice de Massa Corporal – IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) / altura<sup>2</sup> (metros). Ex.: 80 / (1,71x1,71) = 27,35) Informamos que os valores de peso e altura declarados, neste documento, servirão de cálculo para o IMC. Caso índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da CPT do CID E66 – Obesidade.

## RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.

### 1) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA INFECCIOSA OU PARASITÁRIA COMO:

a) Tuberculose? CID A16	T	D1	D2	D3	D4	d) Meningite? CID A87	T	D1	D2	D3	D4
b) Hepatite? CID B19	T	D1	D2	D3	D4	e) Hanseníase? CID A30	T	D1	D2	D3	D4
c) AIDS ou portador de vírus HIV? CID B20	T	D1	D2	D3	D4	f) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

### 2) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS MALIGNAS (CÂNCER)?

a) Leucemia? CID C95.9	T	D1	D2	D3	D4	g) Aparelho digestivo (estômago, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
b) Linfoma? CID C85	T	D1	D2	D3	D4	h) Aparelho respiratório (pulmão, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
c) Mama? CID C50	T	D1	D2	D3	D4	i) Somente para homens (próstata, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
d) Outras localizações?*	T	D1	D2	D3	D4	j) Somente para mulheres (útero, ovário, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
e) Pele? CID 44.9	T	D1	D2	D3	D4	k) Trato urinário (rins, bexigas, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
f) Tireoide? CID C73	T	D1	D2	D3	D4						

### 3) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS BENIGNAS?

a) Útero (mioma)? (Mulher) CID D25	T	D1	D2	D3	D4	c) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
b) Pele (nevus)? CID D23	T	D1	D2	D3	D4						

### 4) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SANGUE (ANEMIA, PÚRPURA, OUTROS)? ESPECIFIQUE.

	T	D1	D2	D3	D4
--	---	----	----	----	----

### 5) PORTADOR(A) DE DOENÇAS ENDÓCRINAS?

a) Diabetes? CID E14	T	D1	D2	D3	D4	c) Emagrecimento acentuado? CID F50	T	D1	D2	D3	D4
b) Tireoide? CID E07	T	D1	D2	D3	D4	d) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

### 6) PORTADOR(A) DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS OU MENTAIS? ESPECIFIQUE.

	T	D1	D2	D3	D4
--	---	----	----	----	----

### 7) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO?

a) Parkinson? CID G20	T	D1	D2	D3	D4	d) Paralisia cerebral? CID G80	T	D1	D2	D3	D4
b) Alzheimer? CID G30	T	D1	D2	D3	D4	e) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
c) Epilepsia? CID G40	T	D1	D2	D3	D4						

### 8) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DOS OLHOS E ANEXOS?

a) Catarata? CID H26.9	T	D1	D2	D3	D4	e) Astigmatismo?*( Informar o grau) CID H52.2	T	D1	D2	D3	D4
b) Glaucoma? CID H40	T	D1	D2	D3	D4	f) Hipermetropia?*( Informar o grau) CID H52.0	T	D1	D2	D3	D4
c) Ceratocone? CID H18.6	T	D1	D2	D3	D4	g) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
d) Miopia? CID H52.1	T	D1	D2	D3	D4						

\*Especifique na Tabela de Especificação de DLP.

1ª Via da Unimed Vitória/2ª Via do Beneficiário

Assinatura/Rubrica do beneficiário

ANS - nº 357391

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.

**9) PORTADOR(A) DE DOENÇA DO OUVIDO?**

a)	Labirintite? CID H83.0	T	D1	D2	D3	D4	c)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
b)	Perda de audição? CID H91	T	D1	D2	D3	D4							

**10) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO?**

a)	Febre reumática? CID I00	T	D1	D2	D3	D4	f)	Insuficiência cardíaca? CID I50	T	D1	D2	D3	D4
b)	Hipertensão arterial? CID I10	T	D1	D2	D3	D4	g)	AVC ("derrame")? CID I64	T	D1	D2	D3	D4
c)	Angina pectoris? CID I20	T	D1	D2	D3	D4	h)	Varizes de membros inferiores? CID I83	T	D1	D2	D3	D4
d)	Infarto do miocárdio? CID I21	T	D1	D2	D3	D4	i)	Hemorroidas? CID I84	T	D1	D2	D3	D4
e)	Arritmia cardíaca? CID I49	T	D1	D2	D3	D4	j)	Outras? *	T	D1	D2	D3	D4

**11) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO?**

a)	Rinite? CID J30.4	T	D1	D2	D3	D4	e)	Enfisema? CID J43	T	D1	D2	D3	D4
b)	Sinusite? CID J32	T	D1	D2	D3	D4	f)	Desvio de septo nasal? CID J34.2	T	D1	D2	D3	D4
c)	Bronquite? CID J40	T	D1	D2	D3	D4	g)	Outras? *	T	D1	D2	D3	D4
d)	Asma? CID J45	T	D1	D2	D3	D4							

**12) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO?**

a)	Úlceras Pépticas? CID K27	T	D1	D2	D3	D4	e)	Cirrose hepática? CID K74	T	D1	D2	D3	D4
b)	Gastrite? CID K29.7	T	D1	D2	D3	D4	f)	Colite? CID K51	T	D1	D2	D3	D4
c)	Hérnia?*	T	D1	D2	D3	D4	g)	Colelitíase (cálculo da vesícula)? CID K80	T	D1	D2	D3	D4
d)	Doença diverticular do intestino? CID K57	T	D1	D2	D3	D4	h)	Outras? *	T	D1	D2	D3	D4

**13) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DA PELE? ESPECIFIQUE O LOCAL.**

a)	Caroços? CID R22.9	T	D1	D2	D3	D4	c)	Cisto?CIDL72	T	D1	D2	D3	D4
b)	Xantelasma (lesão nas pálpebras)? CID H02.6	T	D1	D2	D3	D4	d)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

**14) PORTADOR(A) DE DOENÇAS OSTEOMUSCULAR?**

a)	Artrite? CID M13	T	D1	D2	D3	D4	e)	Esciose? CID M41	T	D1	D2	D3	D4
b)	Artrose? CID M19	T	D1	D2	D3	D4	f)	Hérnia de Disco? CID M51	T	D1	D2	D3	D4
c)	Osteoporose? CID M81	T	D1	D2	D3	D4	g)	Osteomielite? CID M86	T	D1	D2	D3	D4
d)	Reumatismo? CID M79.0	T	D1	D2	D3	D4	h)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

**15) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO GÊNITO URINÁRIO?**

a)	Insuficiência renal? CID N18	T	D1	D2	D3	D4	g)	Infertilidade? FEM: CID N46 MASC: CID N97	T	D1	D2	D3	D4
b)	Cálculo urinário? CID N20	T	D1	D2	D3	D4	h)	Cisto de ovário? (Mulher) CID N83.2	T	D1	D2	D3	D4
c)	Incontinência urinária ("urina solta")? CID R32	T	D1	D2	D3	D4	i)	Endometriose? (Mulher) CID N80	T	D1	D2	D3	D4
d)	Hiperplasia da próstata? (Homem) CID N40	T	D1	D2	D3	D4	j)	Nefrite? CID N11	T	D1	D2	D3	D4
e)	Fimose? (Homem) CID N47	T	D1	D2	D3	D4	k)	Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
f)	Nódulo mamário? CID N63	T	D1	D2	D3	D4							

**16) PORTADOR(A) DE TRAUMATISMO E/OU FRATURAS? ESPECIFIQUE.**

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

**17) É PORTADOR(A) DE MÁ FORMAS CONGÊNITAS (DOENÇAS DE NASCENÇA)? ESPECIFIQUE.**

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

**18) É PORTADOR(A) DE SEQUELAS DE ACIDENTES, MOLÉSTIA ADQUIRIDA OU CONGÊNITA? ESPECIFIQUE.**

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

**19) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA NÃO RELACIONADA ACIMA, QUE O TENHA OBRIGADO A INTERNAR-SE OU SUBMETER-SE A ALGUM TIPO DE TRATAMENTO OU EXAME? ESPECIFIQUE.**

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

**20) TEM INDICAÇÃO DE SUBMETER-SE A ALGUM TIPO DE CIRURGIA? ESPECIFIQUE.**

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

**21) POSSUI ALGUM TIPO DE PRÓTESE OU ÓRTESE (PLACAS, PINOS, PARAFUSOS, MARCA-PASSO, OUTROS)? ESPECIFIQUE.**

		T	D1	D2	D3	D4
--	--	---	----	----	----	----

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos anteriores, onde se perguntou sobre a existência de doença, informe abaixo o período da doença, indicando o item, subitem, proponente e especificação.

ITEM	SUBITEM	PROPONENTE	ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO DA DOENÇA

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

---



---



---

- Declaro que fui orientado(a) por médico da Unimed Vitória Dr(ª) \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_
- Dispensar a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos às doenças ou lesões preexistentes.

Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à Unimed Vitória as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, e os cooperados, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

**Afirmo, por fim, ter conhecimento de que, além das sanções administrativas, a omissão de informações ou a falsa declaração pode caracterizar crime, que será informado à autoridade competente por meio de notícia crime, sujeitando os responsáveis às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.**

*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*

*Pena - 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.*

### CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Considerando o preenchimento da Declaração de Saúde, para os itens que foram sinalizados como “SIM” nas tabelas acima, o proponente terá aplicação de CPT – Cobertura Parcial Temporária. A CPT restringe a cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade (PAC) pelo período de 24 meses para a doença ou o CID (Código Internacional de Doenças) indicados na tabela abaixo.

ANÁLISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE					
ITEM	SUBITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	CID	PROPONENTE
<b>ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO</b>					<b>DATA</b>