

Prezado(a) beneficiário(a),

A **ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, tem como missão defender o interesse público e 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 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 escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário faz o uso de medicamentos regularmente, consulta médicos por problema(s) de saúde no qual tem conhecimento do diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença e/ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, o mesmo **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA E/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 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 PAC - procedimentos de alta complexidade (tomografia, ressonância, etc) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença e/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 cumprido o prazo de carência estabelecida 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 o 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 e/ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. CPT - Cobertura Parcial Temporária **NÃO** é carência. Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença e/ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

*Para consultar a lista completa de PAC - procedimentos de alta complexidade, acesse o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - perfil beneficiário.

Em caso de dúvida, entre em contato com a ANS através do telefone: **0800-701-9656** ou consulte o site da ANS: www.ans.gov.br

Beneficiário_____
Local

Data: ____/____/____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário_____
Local

Data: ____/____/____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____