

# Carta de Orientação ao Beneficiário



ANS: 36564-5

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 sabia 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 Agravio, 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, prazos da carência 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 ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de coberturas 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.

## AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SABIA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse 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 doenças ou lesão não declarada.
- Até julgamento final do processo pelo ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão de atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia a ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as lesões que o beneficiário sabia 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 **0800-7019656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

### BENEFICIÁRIO

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

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

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

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

Nome legível, assinatura e CPF

### INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

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

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

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

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

Nome legível, assinatura e CPF