

Saúde Dental Saúde e Dental

DADOS DO PLANO

Nome do Plano a ser Contratado	Nº do Plano junto a ANS	Segmentação do Plano
Nome de Empresa Contratante (apenas contratos coletivos)		CNPJ da Empresa Contratante

* Códigos: P (parentesco) 1 - Titular 2 - Cônjuge 3 - Filhos ou 9 outros / EC (Estado Civil) 0 - Solteiro 1 - Casado 2 - Outros / Sexo 1 - Masc. 2 - Fem

DADOS DO TITULAR

Nome		Sexo*	Nascimento
RG	Org.Exp.	CPF	PIS
CNS (Cartão Nacional de Saúde) nº		E-mail	
Estado Civil*	Nome da Mãe		
Endereço		Nº	Complemento
Cidade	CEP	UF	Telefone/Celular

1º Dependente

Nome		Sexo*	Nascimento
RG	Org.Exp.	CPF	PIS
CNS (Cartão Nacional de Saúde) nº		E-mail	
Estado Civil*	Nome da Mãe		
Endereço		Nº	Complemento
Cidade	CEP	UF	Telefone/Celular

2º Dependente

Nome		Sexo*	Nascimento
RG	Org.Exp.	CPF	PIS
CNS (Cartão Nacional de Saúde) nº		E-mail	
Estado Civil*	Nome da Mãe		
Endereço		Nº	Complemento
Cidade	CEP	UF	Telefone/Celular

3º Dependente

Nome		Sexo*	Nascimento
RG	Org.Exp.	CPF	PIS
CNS (Cartão Nacional de Saúde) nº		E-mail	
Estado Civil*	Nome da Mãe		
Endereço		Nº	Complemento
Cidade	CEP	UF	Telefone/Celular

4º Dependente

Nome		Sexo*	Nascimento
RG	Org.Exp.	CPF	PIS
CNS (Cartão Nacional de Saúde) nº		E-mail	
Estado Civil*	Nome da Mãe		
Endereço		Nº	Complemento
Cidade	CEP	UF	Telefone/Celular

_____/_____/_____
Local e Data

Assinatura do Proponente Titular

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.

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 legível: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Intermediário entre operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____.

Local data

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

A Declaração de Saúde tem como objetivo registrar todas as informações sobre doenças e lesões preexistentes de que o proponente seja portador ou sofredor, das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os seus dependentes. Os campos abaixo deverão ser preenchidos com S (Sim) ou N (Não). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar.

Índice de Massa Corporal (IMC acima de 30, declarar obesidade)

Informe	Titular	1° Dependente	2° Dependente	3° Dependente	4° Dependente
Peso					
Altura					
IMC					

Titular 1° Dep. 2° Dep. 3° Dep. 4° Dep.

- 01 Possui alguma deformidade dental, alteração na mandíbula, arcada dentária, usa aparelho ou faz algum tipo de tratamento buco maxilo facial?
- 02 Possui alguma sequela decorrente de doença, acidente de trabalho, trânsito ou outro tipo de acidente?
- 03 Já realizou algum procedimento cirúrgico para colocação de stent ou endoprótese cardíaca (Angioplastia) por entupimento de veias e artérias (Aterosclerose)?
- 04 Sofre de incontinência urinária, prolapso genital, entre outros?
- 05 Sofre de Suor Excessivo(Hiperidrose)?
- 06 Possui Varizes nas pernas?
- 07 Sofre(u) de alguma doenças ou lesões do Metabolismo, tais como, diabetes, tireoidites, bócio ou cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, obesidade ou outra doença.?
- 08 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Neurológicas, tais como, derrame, AVC, epilepsia, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, convulsões, hidrocefalia ou outra doença?
- 09 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Oncológicas, tais como. câncer, tumores, neoplastias, leucemia ou outro tipo?
- 10 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Ortopédica, tais como, hérnia de disco, luxações e/ou fratura óssea, lesão de ligamento, problemas na coluna vertebral ou outra doença?
- 11 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Oftalmológicas, tais como, miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina, ceratocone ou outra doença?
- 12 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Ginecológicas, tais como, mioma, cisto de ovário, endometriose, nódulo de mama, cisto de mama, infertilidade, aborto habitual ou outra doença?
- 13 Sofre(u) de alguma doença ou lesões do Aparelho Digestivo, tais como úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite, refluxo gastroesofágico, gastrite, hérnia de hiato, diverticulite, colicistite ou outra doença?
- 14 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Respiratórias, tais como, asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC ou outra doença?
- 15 Sofre(u) de alguma doença ou lesões do Coração, tais como, infarto, angina, arritmias, hipertensão, insuficiência valvar, insuficiência cardíaca, miocardite ou outra doença?
- 16 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Reumáticas, tais como, artrose, artrite, artrite reumatoide, esclerose múltipla, lúpus, espondilite anquilosante ou outra doença?
- 17 Sofre(u) de alguma doença ou lesões Urológicas, tais como, cálculo renal, insuficiência renal crônica ou aguda, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, nefrites, infecções urinárias ou outra doença?

DOENÇA E/OU LESÃO PRÉ EXISTENTE

Concordo com o agravo na mensalidade no valor de R\$ _____ conforme cálculo atuarial apresentado.

Agravo:

Acréscimo no preço mensal do plano de saúde, para que o consumidor tenha o direito a cobertura completa da doença ou lesão préexistente declarada, no prazo máximo de 24 meses.

Concordo com a Cobertura Parcial Temporária (CPT) da referida patologia pelo período de 720 dias.

CPT: É aquele que admite por até 24 meses determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade relacionadas diretamente as DLPS declaradas.

ENTREVISTA QUALIFICADA

O beneficiário tem o direito de ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção conforme estabelecido no Artigo 5º, Parágrafos 1º e 2º da RN 162 e suas atualizações.

- 1- Declaro que fui orientado por médico referenciado da Agemed no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 2- Declaro que fui orientado pelo médico particular, não referenciado da Agemed no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 3- Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas e que tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta Declaração.

Assinatura do Médico orientador com carimbo e CRM

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, beneficiário titular do grupo familiar descrito na declaração de saúde, preenchida neste momento para contratação da AGEMED SAÚDE S/ A, por intermédio de plano de saúde coletivo empresarial/ adesão declaro que estou ciente do inteiro teor da Carta de Orientação ao Beneficiário, anexo da Declaração de Saúde referente à doença ou lesão preexistente ("DLP"), declarada ou não no ato da contratação e do preenchimento da Declaração de Saúde, me COMPROMETO a respeitar e cumprir a Cobertura Parcial Temporária ("CPT") estabelecida o qual consistente no prazo ininterrupto de 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, em que fica suspensa a cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às DLPs declaradas; e DECLARO que dispensei o conhecimento do valor do Agravo e, quero optar pela CPT e que caso venha a realizar qualquer atendimento pela Operadora referente às DLPs declaradas, honrará com o pagamento integral do procedimento por preço de custo operacional acrescido da devida porcentagem, nos termos das cláusulas 9.4. e 15.7 do contrato Firmado no momento da contratação. Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta.

Recebi e tenho pleno conhecimento do inteiro teor da Proposta Contratual – Plano Coletivo e do controle do Plano de Saúde que estou aderindo, com as quais concordo plenamente.

Local

____/____/_____
Data

Assinatura do Proponente Titular