Vita SAÚDE

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 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 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

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 beneficiário

_____, ___/___/_____

Local Data

Nome:_____

Assinatura:_____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. O objetivo da Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que o (a) Sr(a.) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, em relação a si mesmo ou a qualquer de seus dependentes.
2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.
3. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela Operadora Sabin Sinai, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assuma o ônus financeiro.
4. Para fins da legislação vigente, em cumprimento ao que determina os incisos I e II. Do art. 10, da RN nº 162 de 17/10/2007, considera-se:

• Cobertura Parcial Temporária (CPT), 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.

• Agravo; 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 doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

5. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o(a) Sr(a.) ficará em Cobertura Parcial

Vita SAÚDE

Temporária (CPT) por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde. Neste período, haverá 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.

BENEFICIÁRIO:_____CPF:_____

IDADE:_____PESO:_____ALTURA:_____IMC (Índice de Massa Corporal):_____

1. Está fazendo algum tratamento médico?
   SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____
   _____
2. Está aposentado ou afastado do trabalho por motivo de doença?
   SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____
   _____
3. Sofre de alguma sequela decorrente de acidente ou cirurgia?
   SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____
   _____
4. Sofre de alguma doença congênita? Exemplos: Síndrome de Down, má formações, outras.
   SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____
   _____
5. Sofre de alguma doença respiratória? Exemplos: asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite, rinite, outras.
   SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____
   _____
6. Sofre de alguma doença cardiovascular? Exemplos: hipertensão arterial (pressão alta), doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras?
   SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____
   _____
7. Sofre de alguma doença ortopédica (osteomuscular) e tecido conjuntivo? Exemplos: hérnia disco, osteoporose, lesão de menisco e ou ligamentos, bursite, artrites, artroses, gota, lúpus, tenossinovites, escoliose, lordose, outras.
   SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____
   _____

_____
Assinatura do Beneficiário ou Responsável

8. Sofre de alguma doença do aparelho auditivo? Exemplos: surdez, otites, labirintite, outros.
SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

9. É portador de doença oftalmológica? Exemplos: catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Informar o grau de acordo com a doença informada.
SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

10. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? Exemplos: gastrite, úlcera, colite, cirrose, hepática, hepatite, hérnia, pancreatite, doença da vesícula biliar, hemorroidas, diverticulite, outras.
SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

11. Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? Exemplos: cólica renal, insuficiência renal, doenças de próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama, outros.
SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

12. Sofre de alguma doença neurológica? Exemplos: enxaqueca, mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, tumores, paralisia, sequela de derrame, outras).
SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

13. Sofre de alguma doença endócrina? Exemplos: diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade, outras?
SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

14. Sofre de alguma doença infecto contagiosa? Exemplos: AIDS – inclusive portador de HIV, malária, tuberculose, doenças venéreas, outras
SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

15. Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química? Exemplos: psicose, depressão, ansiedade, estresse, transtorno bipolar, alcoolismo, uso de outras drogas)

_____
Assinatura do Beneficiário ou Responsável

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

16. É portador de câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, órgão afetado e manifestações da doença em outros órgãos.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

17. Sofre de doença do sangue ou autoimune? Exemplos: anemia, leucemia, hemofilia, outros.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

18. Sofre de alguma doença de pele (nevos, sinais, outros) ou alérgicas, urticárias, (outras).

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

19. Está grávida? Se sim, informe o tempo de gravidez.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

20. É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data da indicação ou do transplante e o tipo.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

21. Sofre de hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais)?

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

22. Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias? Exemplos: má-oclusão, macrognatismo, micrognatismo, prognatismo, retrognatismo, outros.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

23. Faz uso de prótese (s) estética (s), órtese (s) ? Exemplos: pino, parafuso, placa, fios, silicone, outros.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

24. Sofre de distúrbio do sono ou apneia do sono?

_____

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

25. Já realizou e/ou tem indicação para submeter-se a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe a data aproximada em que realizou a cirurgia e/ou a indicação de cirurgia a ser realizada.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

26. Sofre de alguma outra doença não descrita nesta declaração?.

SIM ( ) NÃO ( ) DESCREVA:_____

_____

DECLARAÇÃO:

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a Operadora Sabin Sinai considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes das quais saiba ser portador (a) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizada com o tratamento ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Operadora Sabin Sinai alegando a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

( )Declaro que fui orientado por médico credenciado do Sabin Sinai – Vita Assistência à Saúde Ltda no preenchimento da Declaração de Saúde.

( )Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não credenciado ao Sabin Sinai - Vita Assistência à Saúde Ltda no preenchimento da Declaração de Saúde.

( )Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas, e que tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, assumo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta Declaração.

Local/Data: _____, _____de _____de_____

Assinatura do Beneficiário ou responsável: _____CPF:_____

_____

Assinatura do médico orientador, c/ carimbo e CRM, quando houver entrevista qualificada.

TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA APLICAÇÃO DE CPT

Eu,_____portador (a) do **CPF** __ __ __ . __ __ __ . __ __ __-__ __, proponente beneficiário do plano de assistência Médico Hospitalar junto à Operadora Vita Assistência à Saúde **(Sabin Sinai)**, declaro que tenho conhecimento e estou de acordo com a aplicação da **CPT (Cobertura Parcial Temporária**), nos termos e condições previstos na lei , conforme Declaração de Saúde preenchida de próprio punho ou ainda sob orientação médica para mim e meus dependentes relacionados abaixo.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leito 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 vigência do contrato. Somente após o período máximo de 24 meses da vigência contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

Isto é, tenho conhecimento que para as situações acima, quando consequência das doenças ou lesões preexistentes que declarei, **não será garantido para mim ou meus dependentes a cobertura destes procedimentos por parte do Sabin Sinai por um período de 24 meses (2 anos) conforme resolução normativa 162, mesmo ainda que sejam necessários ou indicados pelo médico assistente.**

Caso seja necessário realizar qualquer um dos procedimentos acima, antes do fim da Cobertura Parcial Temporária, tenho conhecimento que os **custos decorrentes destes atendimentos serão repassados a mim (ou meus familiares) de modo particular pelo hospital prestador da assistência**. Ou ainda, **tenho conhecimento e concordo** que a operadora SABIN SINAI irá providenciar a remoção para local de atendimento conveniado com o SUS.

Declaro ainda ter conhecimento e concordar com a carência de **300 (trezentos) dias** para **obstetrícia** e tenho ciência que o parto ocorrido após a 37ª semana é considerado "parto a termo".

Doenças e Lesões Preexistentes identificadas:

Local _____, Data _____/_____/_____

_____ _____

Assinatura do Titular ou Responsável **CPF do Titular ou responsável**