ANEXO
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.

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 o beneficiário

_____, ____ /____ /_____
Local Data

Nome:_____

CPF:_____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Copass Saúde

Nome do Proponente: _____

Nº de Registro da Operadora na ANS - **41656-8** Nº de Registro do Produto - **469.384/13-1**

(Copass Ambulatorial)
Nome do Proponente: _____

Nome do Proponente a "Participante Titular" ou Responsável Legal (no caso de menor ou incapaz):

_____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES (RN nº 162 de 17/10/2007 da ANS)

1. No preenchimento desta declaração, o (a) Sr (a.) tem a opção de ser orientado (a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorário serão de sua responsabilidade.

2. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o (a) Sr (a) tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:
I - 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) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
II - AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências, de acordo com as condições negociadas entre a COPASS SAÚDE e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a COPASS SAÚDE não optará pelo fornecimento do Agravo.

4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a.) Sr(a) saiba ser portador (a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o (a.) Sr (a.) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

5. Ao não declarar as doenças e/ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação a Copass Saúde poderá:
I – Suspeitar de omissão de informação e, neste caso, comunicará imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação. Até decisão da ANS não haverá suspensão do contrato nem do atendimento. **II –** Comprovada pela ANS a omissão de informação pelo beneficiário, a Copass Saúde 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.

6. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.
Para cada doença ou lesão listada abaixo, o proponente deverá escrever NÃO, caso esteja ciente de que não é portador de tal condição, ou SIM, caso esteja ciente de que é portador dessa condição.

Nome do Proponente: _____

Para todas as respostas SIM, o proponente deverá especificar a condição de que é portador. Lembrar também que as condições informadas não são apenas as doenças graves, crônicas e de tratamento prolongado. Devem ser informadas também condições comuns que são tratadas por meio de cirurgia, tais como: catarata, glaucoma, pedra de vesícula, pedra dos rins, varizes, hemorróidas, problemas nasais (como desvio de septo e rinites, amígdalas, adenóide), hérnias (inguinais, umbilicais, epigástricas, incisionais), joanete, lesões de joelho, ombro, cirurgia de coluna, mioma, endometriose, queda de bexiga, problemas da tireóide, dentre outras.

PERGUNTAS

1	É portador (a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
2	É portador (a) de algum distúrbio de sono, como apnéia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
3	É portador (a) de alguma doença das articulações, como artrose, artrite ou outra? Em que parte do corpo?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
4	É portador (a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
5	É portador (a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, ceratocone, pterígio, ou tem necessidade de transplante de córnea?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
6	É portador (a) de alguma doença do tecido conjuntivo (colágeno), como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatóide, vasculite ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
7	É portador (a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
8	É portador (a) de alguma doença da boca, incluindo defeitos buco-maxilares com má oclusão dentária ou das glândulas salivares, hipertrofia de adenóide ou das amígdalas, ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
9	É portador (a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombo-sacra, coccígea)?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
10	É portador (a) de alguma doença das artérias e dos capilares?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
11	É portador (a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, do músculo cardíaco, congênita, etc.)?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:

Nome do Proponente: _____

12	É portador (a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorróida, esofagite, diverticulose ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
13	É portador (a) de alguma doença dos ouvidos e mastóides, como surdez e otite crônica? Do nariz, como rinite alérgica ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
14	É portador (a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
15	É portador (a) de alguma doença da próstata (para os homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
16	É portador (a) de alguma doença dos ossos e tendões, como osteoporose, seqüela de fratura, tendinites ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
17	É portador (a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
18	É portador (a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
19	É portador (a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, já teve doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclampsia)?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
20	É portador (a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outra? Especificar o local.	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
21	É portador (a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
22	É portador (a) ou já teve algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico.	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
23	É portador (a) de obesidade mórbida?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
24	É portador (a) de alguma doença muscular, como miastemia grave ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:

Nome do Proponente: _____

25	É portador (a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
26	É portador (a) de alguma doença das glândulas endócrinas (tireóide, paratireóide, hipófise ou supra-renal? Especificar a glândula e doença.	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
27	É portador (a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:
28	É portador (a) de alguma doença mental?	ESCREVA SIM OU NÃO: Especificar:

Informações do Proponente

Informe seu peso atual (kg) _____
Informe sua altura atual (m) _____

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores, que o (a.) Sr (a.) considere importante registrar:

Nome do Proponente: _____

Quanto à orientação médica para o preenchimento desta Declaração de Saúde, declaro que optei por:

◯ Ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela Copass- Saúde,

Dr (a.) _____ CRMMG _____

◯ Ser orientado (a) por médico (a) de minha escolha,

Dr (a.) _____ CRMMG _____

◯ Dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Assinatura do proponente: _____

Declaro que orientei o (a) Sr (a). _____ no preenchimento da declaração de saúde.

Carimbo e assinatura do médico: _____

Local: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a Copass Saúde 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 o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Copass- Saúde alegando a presença de doença ou Lesão Preexistente não declarada.

Local: _____ Data: _____/_____/_____

Nome e assinatura do proponente: _____