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 do FORMULÁRIO DE 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. Seoptar 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 doençaou 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 SERPORTADOR 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, unidadecoronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesãodeclarada, até 24 meses, contados desde aassinatura 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 relacionadosà 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 <u>NÃO</u> 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 RESCINDIRo contratopor 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 doatendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

Rubricar página: _____

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5800 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doença ou lesão 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 o Formulário de 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:

CPF

_____
Assinatura do Beneficiário
(igual à documento apresentado)

Intermediário* entre a operadora e o beneficiário**

_____,____/____/_____
Local Data
Nome:

CPF

_____
Assinatura do Intermediário
(igual à documento apresentado)

**Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal

***Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.

Rubricar página: _____

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados.

Dados do TITULAR do Plano

Nome (completo sem abreviaturas): _____

Matrícula: _____

DEPENDENTES

1. Nome (completo sem abreviaturas): _____
2. Nome (completo sem abreviaturas): _____
3. Nome (completo sem abreviaturas): _____
4. Nome (completo sem abreviaturas):: _____
5. Nome (completo sem abreviaturas): _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
(RN nº 162, 2007 da ANS e suas alterações)

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.

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), leitos de alta tecnologia 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 contratada, 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.

Rubricar página: _____

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.

Preencha a informação do campo abaixo informando seu peso atual e altura:

TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
PESO:	PESO:	PESO:	PESO:	PESO:	PESO:
ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:	ALTURA:

	RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS AO TITULAR E SEUS DEPENDENTES. **Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".**	**TITULAR**	**DEPENDENTES**				
1	É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemias e falciforme) ou outras?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
2	É portador (a) de algum distúrbio de sono, como apnéia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro?	**TITULAR** ☐ SIM ☐ NÃO	**1** ☐ SIM ☐ NÃO	**2** ☐ SIM ☐ NÃO	**3** ☐ SIM ☐ NÃO	**4** ☐ SIM ☐ NÃO	**5** ☐ SIM ☐ NÃO
3	É portador (a) de alguma doença das articulações, como artrose, artrite ou outra? Em que parte do corpo?	**TITULAR** ☐ SIM ☐ NÃO	**1** ☐ SIM ☐ NÃO	**2** ☐ SIM ☐ NÃO	**3** ☐ SIM ☐ NÃO	**4** ☐ SIM ☐ NÃO	**5** ☐ SIM ☐ NÃO
4	É portador (a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	**TITULAR** ☐ SIM ☐ NÃO	**1** ☐ SIM ☐ NÃO	**2** ☐ SIM ☐ NÃO	**3** ☐ SIM ☐ NÃO	**4** ☐ SIM ☐ NÃO	**5** ☐ SIM ☐ NÃO
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?	**TITULAR** ☐ SIM ☐ NÃO	**1** ☐ SIM ☐ NÃO	**2** ☐ SIM ☐ NÃO	**3** ☐ SIM ☐ NÃO	**4** ☐ SIM ☐ NÃO	**5** ☐ SIM ☐ NÃO
6	É portador (a) de alguma doença do tecido conjuntivo (colágeno), como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatóide, vasculite ou outra?	**TITULAR** ☐ SIM ☐ NÃO	**1** ☐ SIM ☐ NÃO	**2** ☐ SIM ☐ NÃO	**3** ☐ SIM ☐ NÃO	**4** ☐ SIM ☐ NÃO	**5** ☐ SIM ☐ NÃO

Rubricar página: _____

7	É portador (a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
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?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
9	É portador (a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombo-sacra, coccígea)?		**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
10	É portador (a) de alguma doença das artérias e dos capilares?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
11	É portador (a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, do músculo cardíaco, congênita, etc.)?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
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?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
13	É portador (a) de alguma doença dos ouvidos e mastóides, como surdez e otite crônica? Do nariz, como rinite alérgica ou outra?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
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?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
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?	**TITULAR** (☐IM (☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
16	É portador (a) de alguma doença dos ossos e tendões, como osteoporose, seqüela de fratura, tendinites ou outra?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
17	É portador (a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?	**TITULAR** ☐SIM ☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO
18	É portador (a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	**TITULAR** (☐SIM (☐NÃO	**1** ☐SIM ☐NÃO	**2** ☐SIM ☐NÃO	**3** ☐SIM ☐NÃO	**4** ☐SIM ☐NÃO	**5** ☐SIM ☐NÃO

Rubricar página: _____

		TITULAR	1	2	3	4	5
19	É portador (a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, já teve doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclampsia)?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
20	É portador (a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outra? Especificar o local.	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
21	É portador (a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
22	É portador (a) ou já teve algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico.	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
23	É portador (a) de obesidade mórbida?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
24	É portador (a) de alguma doença muscular, como miastemia grave ou outra?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
25	É portador (a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
26	É portador (a) de alguma doença das glândulas endócrinas (tireóide, paratireóide, hipófise ou supra-renal? Especificar a glândula e doença.	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
27	É portador (a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
28	É portador (a) de alguma doença mental?	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO

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:

_____

_____

_____

Rubricar página: _____

Em caso de respostas positivas nas páginas anteriores, descreva nos espaços abaixo, a doença, informando o número do item e relacionando ao titular ou ao dependente a quem se refere.

ITEM	INFORME A DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

ITEM	INFORME A DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

ITEM	INFORME A DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

ITEM	INFORME A DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

ITEM	INFORME A DOENÇA	TITULAR	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Marque com um X a opção escolhida quanto à orientação médica para o preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde. Declaro que optei por:

☐ Ser orientado(a) por médico(a) designado pela operadora, sem ônus financeiro;

☐ Ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honoráriosserão de minha responsabilidade.

☐ 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.

DADOS DO PROFISSIONAL (MÉDICO)
(PREENCHER DE PRÓPRIO PUNHO)

Nome: _____

CRM:_____

Assinatura:_____

Assinatura do Titular: _____

Data: _____/_____/_____

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5800 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8

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:_____

Assinatura do Titular:_____

CPF: _____

O beneficiário acima qualificado titular dos dados, sensíveis ou não, declara para os devidos fins que autoriza e que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Copass Saúde com o objetivo de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e Regulametno da Copass Saúde, para prestação de serviços do plano de saúde.

Rubricar página: _____