CASACARESC
Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS – nº 32755-7

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 DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe 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, 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período 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.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIARIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.
- 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 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.casacaresc.org.br – Planos – Procedimentos Cobertos** – **Procedimentos Médicos Cobertos.**
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 – Canais de Atendimento.**

BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/_____.

Nome:_____

Assinatura:_____

CASACARESC
Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS – nº 32755-7

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - DEPENDENTE
Plano PASESP – Registro ANS sob n° 465.717/11-9

Titular

Nome:

Dependente

Nome:

Informações importantes Referentes à Declaração de Saúde:

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, que são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser **portador ou sofredor no momento da adesão ao plano de saúde**, de acordo com o artigo 41 do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais - Pasesp, e em conformidade com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162/2007, e posteriores atualizações.

A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) sr(a) saiba ser portador(a), no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o(a) sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que estiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Sendo constatado por perícia, na entrevista qualificada com médico ou havendo declaração de doença ou lesão preexistente, a CASACARESC – Caixa de Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Acaresc oferecerá ao Beneficiário a CPT, que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes, conforme disposto no artigo 47 do Regulamento do Plano PASESP e em conformidade com o descrito no art. 2º, inciso II, da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS.

No preenchimento desta declaração, o Sr(a) tem as alternativas de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Casacaresc, ou por um de sua confiança, caso este em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade, ou optar pela dispensa da presença do médico. Assim, assinale sua alternativa:

☐ Desejo ser orientado(a) por Médico (a) de minha escolha, Dr(a) CRM:
☐ Desejo ser orientado(a) por Médico (a) designado pela CASACARESC – Plano de Saúde.
☐ Dispenso a presença do Médico(a) orientador para me auxiliar, por entender que não há, de minha parte, qualquer dúvida com relação as perguntas formuladas e suas implicações.

Leia com atenção para preencher corretamente o questionário de saúde. Responda as questões abaixo, informando se possui alguma doença; há quanto tempo a tem; a localização e se está fazendo algum tratamento referente:

O sr.(a) é portador/sofredor de:	Resposta	Especificar:
1. **Doenças do Sistema Respiratório:** (asma, bronquite, enfisema, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, hipertrofia amigdalas, sinusite, outras).	☐ Sim ☐ Não	
2. **Doenças do Sistema Cardiovascular:** (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, tromboses, tromboflebites, flebites, outras).	☐ Sim ☐ Não	
3. Doenças do Sistema Osteomuscular: (osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, tenossinovites, lombociatalgia, hérnia de disco, desvios de coluna (como escoliose, lordose, cifose, outros).	☐ Sim ☐ Não	
4. Doenças do Sistema Imunológico: (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite auto imune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras).	☐ Sim ☐ Não	
5. Doenças do Sistema Digestivo: (hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia incisional, gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, outras).	☐ Sim ☐ Não	
6. Doenças na Boca (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras).	☐ Sim ☐ Não	
7. Doenças Genitais: (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros).	☐ Sim ☐ Não	
8. Doença nas Mamas: (nódulos, cistos, tumorações, outros).	☐ Sim ☐ Não	

9. Doença Sistema Urinário: (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros).	☐ Sim ☐ Não	
10. Doenças do Sistema Neurológico: (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, sequela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras).	☐ Sim ☐ Não	
11. Doenças do Sistema Endócrino: [Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras].	☐ Sim ☐ Não	
12. Doenças Infectocontagiosas: (toxoplasmose congênita, rubéola congênita, zika, dengue, chicungunha, malária, tuberculose, AIDS/HIV – inclui portador, sífilis, outras doenças sexualmente transmissíveis e outras).	☐ Sim ☐ Não	
13. Doenças Psiquiátricas: (psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso drogas, e outras).	☐ Sim ☐ Não	
14. Doenças Cancerosas: (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).	☐ Sim ☐ Não	
15. Doenças Hematológicas: (hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).	☐ Sim ☐ Não	
16. Doenças de Pele e Alérgicas: **Pele:** (nevus, hemangiomas, sinais, nódulos, cistos, outros). **Alérgicas:** (urticária, outros). **Sofre de hiperidrose**: (excesso de suor nas mãos, pés axilas, face, dorso e outras).	☐ Sim ☐ Não	
17. Doenças Congênitas: (síndromes genéticas como de Down, e outras - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). **Má formações:** (face, membros, cardíacas, renais, e outras).	☐ Sim ☐ Não	

18. Doenças do Ouvido: (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).	☐ Sim ☐ Não	
19- Doenças dos Olhos: (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras). Nos casos de hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença: **Olho Direito:**_____ **Olho Esquerdo:**_____	☐ Sim ☐ Não	
20. Faz Uso de Prótese, Órtese: (pinos, parafusos, placas, fios, silicone e outros).	☐ Sim ☐ Não	
21. Referente Órtese, Prótese, a indicação foi Estética?	☐ Sim ☐ Não	
22. Sofre de alguma doença não descrita acima? Especifique	☐ Sim ☐ Não	

Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o(a) beneficiário(a) quer registrar

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MÉDICO ORIENTADOR

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador*: ☐ **Sim, médico da rede credenciada** ☐ **Sim, médico particular de minha escolha;** ☐ **Não.**	**NOME DO MÉDICO ORIENTADOR**	
	CRM	**DATA** / /
	ASSINATURA	

**Em caso afirmativo, o MÉDICO deverá registrar de próprio punho, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador.*

Eu (dependente), _____, declaro que as informações contidas nesta declaração em relação ao meu estado de Saúde são verídicas e completas.

Concordo que estas informações façam parte da documentação de adesão ao plano de saúde, junto à CASACARESC, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, em qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ou quebra de sigilo profissional.

Tenho conhecimento de que a omissão de informações implicará em processo administrativo junto a ANS, respeitado o amplo direito de defesa, o que poderá resultar na minha exclusão como beneficiário e a exclusão do titular do quadro de associados do plano de Saúde da CASACARESC.

Declaro ter conhecimento do Art. 11, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 (*Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário*).

Estou ciente que estarei sendo incluído no plano de saúde, que cumprirei as carências normais previstas nos Regulamentos da CASACARESC e, no caso de doença e lesão preexistente (DLP), estarei com cobertura parcial pelo prazo de 24 meses.

_____, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura Dependente

_____
Assinatura Titular