

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 DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Este é o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, no qual o beneficiário ou seu representante legal deve informar as doenças ou lesões preexistentes das quais tenha conhecimento no momento da contratação do plano. Para preencher esse documento, o beneficiário tem o direito de receber orientação gratuita de um médico credenciado ou referenciado pela operadora. Caso prefira utilizar um profissional de sua livre escolha, deverá assumir o custo dessa opção.

Assim, se o beneficiário (você) faz uso regular de medicamentos, consulta médicos devido a algum problema de saúde com diagnóstico conhecido, realizou exames que identificaram alguma doença ou lesão, esteve internado ou passou por cirurgia, DEVE DECLARAR ESSA DOENÇA OU LESÃO.

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

- A operadora não poderá impedir a contratação do plano de saúde. Caso isso ocorra, o beneficiário deve encaminhar uma denúncia à ANS.
- A operadora deve oferecer: cobertura total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo também propor o Agravado - um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado - para garantir a utilização completa da cobertura contratada, respeitados os prazos de carência estabelecidos.
- Em caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (como UTI, unidade coronariana e neonatal) e procedimentos de alta complexidade (como tomografia, ressonância, etc.), exclusivamente relacionados à doença ou lesão declarada. Essa restrição dura até 24 meses a partir da assinatura do contrato. Após esse prazo, a cobertura passa a ser integral, conforme o plano contratado.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo se relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que sejam cumpridos os prazos de carência do contrato.
- A operadora não poderá alegar posteriormente omissão de informações na Declaração de Saúde em relação à doença ou lesão declarada.

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

- Caso a operadora suspeite de omissão de informação, deverá comunicar imediatamente o beneficiário, podendo oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou solicitar a abertura de um processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão.
- Se for comprovada a omissão de informação por parte do beneficiário, a operadora poderá rescindir o contrato por fraude e responsabilizá-lo pelos procedimentos relacionados à doença ou lesão não declarada.
- Até que haja o julgamento final do processo pela ANS, não poderá haver suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Se isso ocorrer, o beneficiário deve encaminhar uma 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](http://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](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

## TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como beneficiário do plano assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, doravante denominada Controladora, em razão da adesão ao plano, tenha acesso aos meus dados pessoais e, se necessário, a dados pessoais sensíveis, bem como aos dados dos meus dependentes inscritos. Esta autorização está em conformidade com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, e pode ser revogada a qualquer momento, mediante solicitação por e-mail ou carta, conforme artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora também está autorizada a compartilhar meus dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para atender às finalidades previstas neste instrumento, sempre respeitando os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas.

Além disso, autorizo, na condição de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano assistencial.

## ASSINATURA

As Partes, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

## BENEFICIÁRIO

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

\*(campo de preenchimento da operadora)

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E NÃO PODERÃO SER RASURADOS

## O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome:

Documento de Identidade:

Data de Nascimento:

Patrocinadora:

Matrícula:

## O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome:

Parentesco:

Sexo:

Idade:

Para fins de esclarecimento, seguem abaixo as definições estabelecidas na Resolução da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN 558/2023:

**1** - 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;

**2** - Agravo - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;

**3** - No preenchimento da presente declaração, o consumidor possui a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou optar por um profissional de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua inteira responsabilidade;

**4** - A declaração de saúde possui por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes;

**5** - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, poderá acarretar a suspensão ou a exclusão do plano. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Aceito a ajuda do profissional médico para orientação do preenchimento da Declaração de Saúde de doença ou lesão preexistente não declarada.

Dispensar a ajuda do profissional médico para orientação do preenchimento da Declaração de Saúde.

## DADOS DO PROFISSIONAL

\*Preencher de próprio punho

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## PREENCHA AS INFORMAÇÕES ABAIXO

Beneficiário	
Peso:	Altura:

## RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS.

Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".

### BENEFICIÁRIO

É portador(a) de doenças do aparelho cardio-circulatório, veias e artérias? (pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formações congênitas, arritmias, entre outras, inclusive congênitas, varizes, flebites); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador(a) de doenças endócrinas ou metabólicas? (diabetes, tireóide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador(a) de problemas pulmonares? (asma, bronquite, efizema, insuficiência respiratória, inclusive congênitas, entre outras); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

## RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS.

Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".

BENEFICIÁRIO

É portador(a) de doenças do aparelho digestivo? (Fígado: hepatite, cirrose/ Estômago: gastrite, úlcera, hérnia / Intestino preso, diarreias frequentes, hemorróidas / esôfago, pedra na vesícula biliar; Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos? (próstata, testículo, pênis) - impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita; Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portadora de doenças ginecológicas e das mamas? (períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterilidade, doenças congênitas, entre outras); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador(a) de problemas urinários renais ou da bexiga? (cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas, entre outras; Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador(a) de doenças infecto-contagiosas? (relacionadas ao vírus HIV, hanseníase, tuberculose, entre outras; Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador (a) de alguma doença do sangue? (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras; Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

## RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS.

Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".

BENEFICIÁRIO

É portador(a) de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta? (diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções freqüentes, problemas de adenóide, tumor, desvio de septo, sinusite, amigdalite crônica, inclusive congênitas, entre outras); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador (a) de doenças oftalmológicas? (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações de retina, entre outros); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador(a) de doenças ou más formações (defeitos) congênitas ou hereditárias (familiares)? Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador (a) de doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)? Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador(a) de alguma doença neurológica? (derrame cerebral, epilepsia, convulsões, desmaios, aneurisma cerebral, dores de cabeça frequentes, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, deficiência mental ou motora (movimentação dos membros), inclusive congênitas, entre outras); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

Sofre de algum transtorno psiquiátrico? (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardamento, entre outros); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

**RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS.**

**Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".**

**BENEFICIÁRIO**

É portador (a) de alguma dependência química? (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador de alguma doença da pele? (psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes, inclusive congênita, entre outras); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador (a) de problemas ortopédicos ou doenças reumáticas? (artrose, artrite, hérnia de disco, fraturas que deixaram sequelas, osteoporose, escoliose, lombalgia, desvios da coluna, inclusive congênitas, entre outras); Se sim:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Se sim, especificar:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Se sim, especificar:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

Realiza ou realizou quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia? Se sim, especificar:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

## RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS.

Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".

BENEFICIÁRIO

Possui marca-passo ou outra prótese interna? (pinos, placas, parafusos).  
Se sim, especificar:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

Já foi submetido (a) a alguma cirurgia que deixou sequelas? Se sim, especificar:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador(a) de obesidade mórbida ou obesidade grau III (que é definida por um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 40 kg/m<sup>2</sup>)? Se sim, especificar:

Sim |  Não

Descrição da doença	Tempo da doença

É portador (a) de alguma doença ou foi submetido (a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? Se sim, especificar:

Sim |  Não

## CAMPO DE USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

Restrição	Item	Descrição	Meses	CID - 10

*Restrições: (1) Cirúrgico (2) Uso de leito de Alta Tecnologia (3) Procedimento de Alta Complexidade*

## TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do plano assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

## TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Declaro, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, que **AUTORIZO EXPRESSAMENTE** o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente indicado como beneficiário, nos termos do art. 14 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras e que possuo poderes legais para conceder este consentimento.

## ASSINATURA

As Partes, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico(a) responsável