

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 sofridor 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 Agravado, 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                                                                                                                                                                              |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> |
| Local                                                                                                                                                                                     | Data                 |
| Nome:                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> |
| CPF:                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> |
| Assinatura: _____                                                                                                                                                                         |                      |
| <small>**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.</small> |                      |

| INTERMEDIÁRIO entre a operadora e o beneficiário                                                                                                                   |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                                               | <input type="text"/> |
| Local                                                                                                                                                              | Data                 |
| Nome:                                                                                                                                                              | <input type="text"/> |
| CPF:                                                                                                                                                               | <input type="text"/> |
| Assinatura: _____                                                                                                                                                  |                      |
| <small>***Intermediário é o responsável pela orientação de preenchimento deste formulário, podendo ser o vendedor, o responsável pela empresa ou o médico.</small> |                      |

## FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

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 do beneficiário que esteja representando, **para os casos permitidos por lei.**

### Instruções Gerais:

1. 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.**
2. O (A) Sr(a.) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela Cemig Saúde, sem qualquer ônus, ou pode optar por um profissional de sua livre escolha, desde que assuma o ônus financeiro. Ou ainda, dispensar a orientação de um médico orientador.
3. 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.
4. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o(a) Sr(a.) ficará em Cobertura Parcial 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.
5. Nos casos de suspeitas de omissões, com abertura de processo administrativo junto à ANS, nenhuma cobertura poderá ser negada ao (a.) Sr(a.) para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até a publicação pela Agência de decisão favorável à operadora, ou seja, confirmando que o (a) Sr(a.) omitiu a(s) doença(s) ou lesão(ões) no preenchimento desta declaração. Também não haverá suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação pelo órgão regulador de decisão confirmando a omissão de doença ou lesão preexistente no preenchimento desta declaração.
6. Sendo o julgamento final favorável à operadora, apenas poderá ser excluído o beneficiário que foi parte no processo administrativo. No caso de o excluído ser o titular, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do plano contratado.

# FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Plano Contratado:

Vínculo com o plano: ☐ Titular ☐ Dependente

|                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| <b>Nome completo do beneficiário:</b> | <b>Telefone:</b>     |
| <input type="text"/>                  | <input type="text"/> |
| <b>E-mail:</b> <input type="text"/>   | <input type="text"/> |

Em caso de dependente, informe o nome completo do titular (sem abreviatura):

Grau de parentesco com o titular:

- |                                      |                                           |                                     |                                       |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Esposo (a)  | <input type="checkbox"/> Menor sob guarda | <input type="checkbox"/> Pai/Mãe    | <input type="checkbox"/> Sogro (a)    | <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge |
| <input type="checkbox"/> Filho (a)   | <input type="checkbox"/> Enteadado (a)    | <input type="checkbox"/> Genro/Nora | <input type="checkbox"/> Sobrinho (a) |                                     |
| <input type="checkbox"/> Cunhado (a) | <input type="checkbox"/> Neto (a)         | <input type="checkbox"/> Irmão (a)  | <input type="checkbox"/> Tio (a)      |                                     |

Marque abaixo com um X a opção escolhida quanto à orientação para o preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde (apenas 1 opção).

- ☐ 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 honorários serão 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.

# FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Para cada doença ou lesão listada abaixo, o (a) Sr(a) deverá assinalar NÃO, caso esteja ciente de que não é portador (a) de tal condição, ou SIM caso esteja ciente de que é portador (a) dessa condição. Para todas as respostas SIM, o (a) SR(a.) deverá especificar a condição de que é portador.

| Nº | ITEM                                                                                                                                                                                                    |                                                              | ESPECIFIQUE A DOENÇA E DESDE QUANDO É PORTADOR |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1  | Informe o peso atual                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                         |                                                |
| 2  | Informe a altura                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                         |                                                |
| 3  | É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemias e falciforme) ou outras?                                     | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 4  | É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia; ronco, em caso de menor de idade; ou outro?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 5  | É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?                                                                                               | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 6  | É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra? Tem rim transplantado ou necessidade de transplante?                                                             | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 7  | É portador(a) de alguma doença dos olhos como: miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, ou tem necessidade de transplante de córnea? | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 8  | É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras?                                                                            | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 9  | É portador(a) de diabetes mellitus? <i>Especificar o tipo na página de esclarecimentos.</i>                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 10 | É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra?                                                                           | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 11 | É portador(a) de alguma doença da coluna ( cervical, dorsal, lombossacra, coccígea)?                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 12 | É portador(a) de alguma doença das artérias e dos capilares?                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |
| 13 | É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc)?                                                                                       | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                |

## FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|
| 14 | É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outra? | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 15 | É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 16 | É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, sequela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outras?                                         | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 17 | 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?                                 | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 18 | É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, sequela de fraturas ou outra?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 19 | É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?                                                                                    | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 20 | É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 21 | É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doenças hipertensiva específica da gravidez?                                                                                               | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 22 | É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local.                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 23 | É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 24 | É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico.                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 25 | É portador(a) de obesidade mórbida?                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 26 | É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 27 | É portador(a) do vírus HIV (vírus da aids)?                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |

## FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

|    |                                                                                                                                               |                                                              |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|
| 28 | É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândula e doença. | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 29 | É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra?                                     | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |
| 30 | É portador(a) de alguma doença mental?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |

### ESCLARECIMENTOS COMPLEMENTARES

Caso haja outra doença que não se encontre listada acima, favor especificá-la no quadro abaixo e informe o tempo da doença.

#### PARA USO DO BENEFICIÁRIO E/OU MÉDICO

# FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PARA USO EXCLUSIVO DO MÉDICO

Local e data:

---

Identificação do médico (carimbo e assinatura)

## DECLARAÇÃO

Declaro que, as informações prestadas neste formulário de Declaração de Saúde são a expressa verdade, podendo a CEMIG SAÚDE considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, estar ciente que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento deste formulário de Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto a ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação da CEMIG SAÚDE alegando a presença da doença ou lesão preexistente não declarada.

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 Cemig Saúde por seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, com o objetivo de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do objeto social da Cemig Saúde que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários. Os dados serão tratados enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal, contratual e regulatória, até que se cessem todos os prazos prescricionais previstos na legislação vigente.

---

Assinatura do beneficiário ou responsável legal em caso de menor de idade e/ou incapaz