



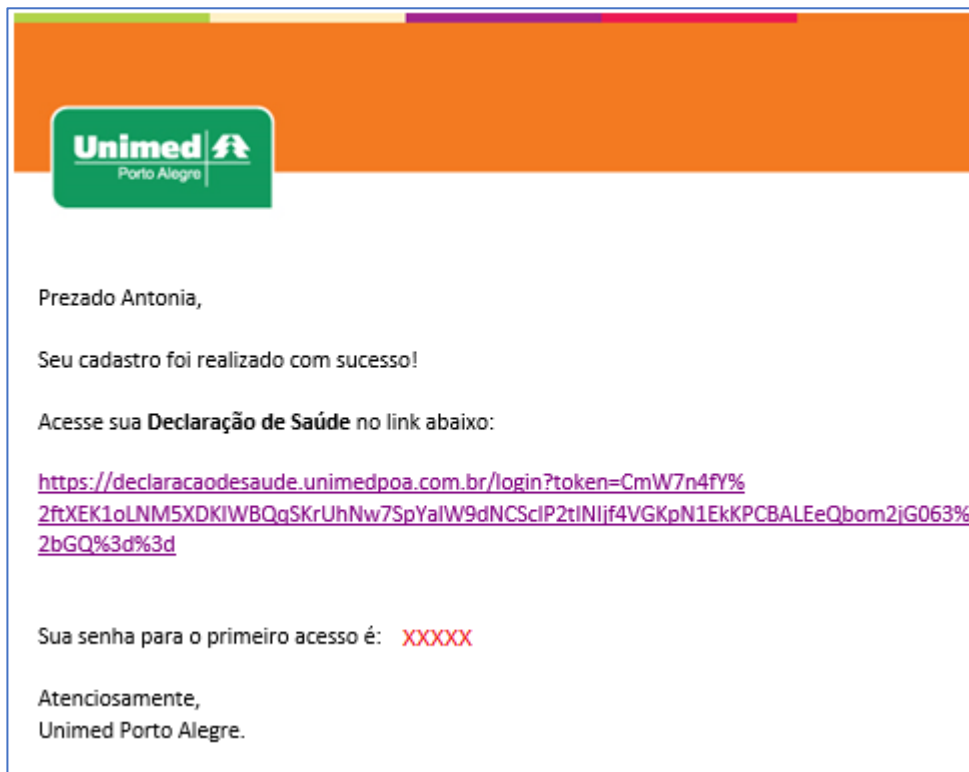
DECLARAÇÃO DE SAÚDE ONLINE

BENEFICIÁRIOS AFCEEE



Após realizar o preenchimento da solicitação de adesão, você receberá um e-mail com o link para realizar o preenchimento da Declaração de Saúde.

Clique no link que está no e-mail abaixo:



Acesse com seu CPF ou E-mail e a senha informada no e-mail, para o primeiro acesso.

Digite seu CPF ou E-mail

Digite sua Senha

Entrar

[Esqueci minha senha](#)

[Quero me cadastrar](#)

Ao logar, crie sua senha própria para acesso:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

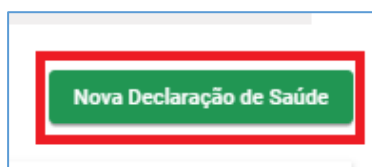
(Conforme Resolução Normativa no 162/2007 da ANS)

Você entrou com a senha temporária, por favor cadastre uma nova senha!

Para maior segurança, sua senha deve ter no **mínimo 8 caracteres** e ser composta obrigatoriamente por **uma letra maiúscula, um número e um caractere especial**.

Salvar

> Após realizar o login, inicie o processo clicando no botão “Nova Declaração de Saúde”.



- > Preencha todos os campos solicitados. Confirme se o seu nome, CPF, data de nascimento e e-mail estão corretos. Caso você esteja aderindo a um plano empresarial, informe no campo “CNPJ” o número informado pela sua empresa.
- > Na pergunta “o contratante também é o titular do plano?”, responda:
 - **“Sim”** se você é o titular do plano e preencherá a declaração de saúde.
 - **“Não”** se você é o titular do plano, mas estiver incluindo somente os seus dependentes.
- > Se você tiver dependentes no plano, clique no botão “Incluir Dependentes” antes de finalizar. Caso a inclusão seja só de você, titular, clique no botão “Finalizar”.

CADASTRO DE NOVA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CPF do contratante *	Data de nascimento do contratante *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome completo do contratante *	
<input type="text"/>	
CNPJ	
<input type="text"/>	
E-mail do contratante	
<input type="text"/>	
O contratante também é o titular do plano? (marque "Não" caso esteja contratando o plano somente para seus dependentes) *	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

INCLUIR DEPENDENTES

CANCELAR

FINALIZAR

Incluir um dependente

- > Para realizar a inclusão de dependentes, clique em INCLUIR DEPENDENTES e preencha os campos abaixo e ao final clique em FINALIZAR.

CADASTRO DE DEPENDENTE

CPF do dependente *

Nome completo do dependente *

Data de nascimento do dependente *

E-mail do dependente *

Grau de parentesco do dependente em relação ao contratante *

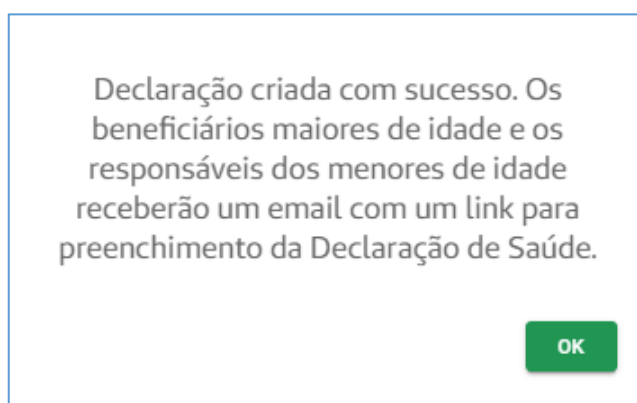
Dependente PNE Dependente interditado

*Campos obrigatórios
**Obrigatório informar os dados do responsável quando o dependente for menor de 18 anos (não emancipado), PNE ou interditado.
***Quando informado responsável, este será também o responsável pelo preenchimento da Declaração de Saúde para o dependente.


CANCELAR SALVAR

- > Cada beneficiário com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Ao clicar no botão “Incluir Dependentes”, preencha os dados do mesmo e informe o e-mail pessoal dele (caso o dependente já tenha cadastro no nosso site/aplicativo, se faz necessário utilizar o mesmo e-mail cadastrado). Ele receberá através do e-mail cadastrado o link para preencher a sua declaração de saúde.
- > Para dependentes menores de 18 anos ou interditados, preencha os dados do mesmo e informe o e-mail do titular. Selecione a opção **Dependente PNE** (menor de 18 anos)

ou **Dependente Interditado**. O link para preenchimento da declaração de saúde desse dependente estará disponível no e-mail do titular, conforme informado.



Preencher a Declaração de Saúde

- > Para realizar o preenchimento da Declaração de Saúde, clique em  Realizar Declaração.

Unimed ft

DECLARAÇÃO DE SAÚDE
(Conforme Resolução Normativa no 162/2007 da ANS)

Olá,

PROMITENTE BENEFICIÁRIO

Abaixo você pode visualizar o(s) beneficiário(s) para realizar a declaração de saúde. Selecione a opção desejada na coluna "Ações" e siga as orientações de preenchimento.

NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	STATUS	AÇÕES
Francisco de Assis Pereira	000.000.000-00	Tiempo	05/05/1990	Aguardando Preenchimento	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar Declaração

Cada indivíduo com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Quando menor de idade e/ou incapaz, esta deverá ser preenchida pelos pais, curador, tutor, devidamente identificados.

- > Após ler a carta de orientação ao beneficiário, assinale o campo “Li e estou ciente” e clique no botão “Avançar”.

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/autorizado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta ação.

Portanto, se o beneficiário (ou/ou) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde, ou qualquer exame que identifique alguma doença ou lesão, esteve internado ou submetido-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.**

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

- A operadora NÃO poderá impedir-lhe de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravos, que é um adicional 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 carência 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 carência estabelecidos 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 SABIA 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 à doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO: Se a operadora oferecer redução ou lesão de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário sabia 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.

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.

Cada indivíduo com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Quando menor de idade e/ou incapaz, esta deverá ser preenchida pelos pais, curador, tutor, devidamente identificados.

Li e estou ciente do conteúdo desta carta.

VOLTAR AVANÇAR

- > Assinale uma das três alternativas e clique em “Avançar”.

IMPORTANTE! No caso de preenchimento da 2ª ou 3ª alternativas é necessário apresentar orientação médica formalizada através de laudo ou declaração do médico.

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO

O promitente beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. No preenchimento desta declaração, o consumidor, neste momento opta por:

Dispensar médico orientado: por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

Ser orientado no preenchimento de declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora.

Optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção.

Cada indivíduo com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Quando menor de idade e/ou incapaz, esta deverá ser preenchida pelos pais, curador, tutor, devidamente identificados.

VOLTAR AVANÇAR

- > Preencha os dados solicitados nas próximas telas e responda ao questionário. Sempre que respondido “Sim” a alguma das doenças ou lesões, insira as informações solicitadas nos campos habilitados. Finalize o preenchimento e clique em “Avançar”.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Promitente Beneficiário: ~~Nome do sim-paciente~~

Informe seu peso •
58,000 Kg

Informe sua altura •
1,70 metros

Cada indivíduo com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Quando menor de idade e/ou incapaz, esta deverá ser preenchida pelos pais, curador, tutor, devidamente identificados.

VOLTAR AVANÇAR

3. VOCÊ TEM OU JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA OU LESÃO URINÁRIA? SIM NÃO

Informe abaixo detalhes sobre as doenças ou lesões.

DOENÇA OU LESÃO	TRATAMENTO/CIRURGIA
Cálculo	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Cirurgia Ano _____ Descreva aqui mais detalhes _____
Cálculo Renal	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não

Cada indivíduo com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Quando menor de idade e/ou incapaz, esta deverá ser preenchida pelos pais, curador, tutor, devidamente identificados.

VOLTAR AVANÇAR

ANTECEDENTES PESSOAIS

Promitente Beneficiário: ~~Nome do sim-paciente~~

OUTROS TRATAMENTOS

Você está em tratamento médico? Sim Não

Qual? *

Você já fez algum tratamento imunobiológico/quimioterápico? Sim Não

Você já fez alguma cirurgia no passado? Sim Não

Qual? *

Você necessita fazer alguma cirurgia? Sim Não

Você possui alguma prótese ou órtese em qualquer parte o corpo ou em algum órgão? Sim Não

Cada indivíduo com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Quando menor de idade e/ou incapaz, esta deverá ser preenchida pelos pais, curador, tutor, devidamente identificados.

VOLTAR AVANÇAR


- > Caso possua algum laudo médico para compor seu perfil de saúde, clique em **Anexar Arquivo**. Se não houver, clique direto em FINALIZAR.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Promitente Beneficiário: ~~Nome do sim-paciente~~

LAUDO MÉDICO

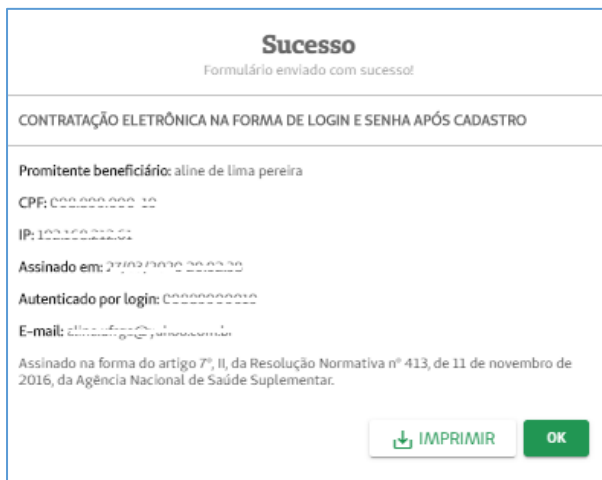
Caso você possua um laudo médico de alguma doença ou lesão pré-existente, anexe ele aqui:



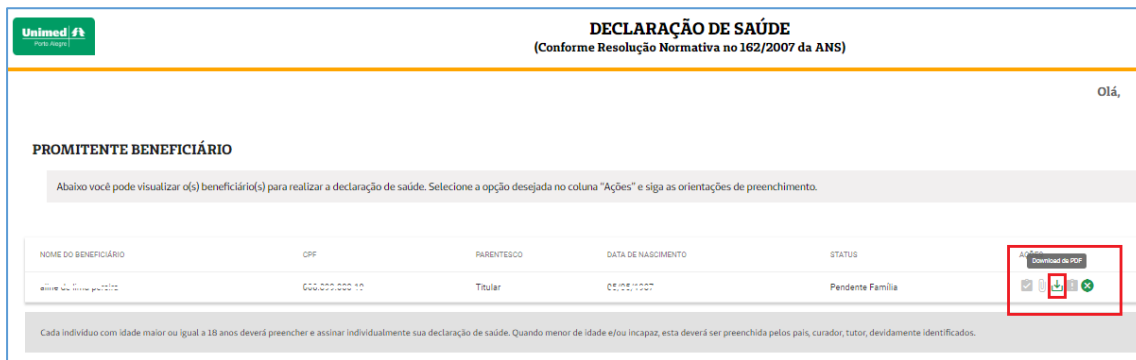
Cada indivíduo com idade maior ou igual a 18 anos deverá preencher e assinar individualmente sua declaração de saúde. Quando menor de idade e/ou incapaz, esta deverá ser preenchida pelos pais, curador, tutor, devidamente identificados.

VOLTAR FINALIZAR

- > Sua Declaração de Saúde foi preenchida com Sucesso. Confira o resumo da sua contratação.

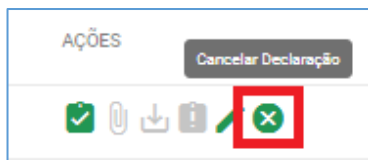


- > Caso esteja aderindo a um plano empresarial, realize o **DOWNLOAD DO PDF** no seu celular ou computador e envie para empresa contratante a declaração preenchida para que ela possa solicitar a sua inclusão no plano.



Alterações na Declaração de Saúde

- > Caso necessite alterar alguma informação na Declaração de Saúde já preenchida, se faz necessário **cancelar a atual e realizar novamente o processo** de preenchimento desde o início. Caso haja **dependentes**, eles **também devem realizar o cancelamento de suas declarações de saúde** (mesmo que ainda não preenchidas), para que seja habilitado o botão “Nova Declaração de Saúde” para o titular.



- > Nessa situação, os dependentes devem usar o novo link que será enviado ao e-mail deles para proceder com o preenchimento da nova Declaração de Saúde.

Em caso de dúvidas, contate a Central de Relacionamento com o cliente pelo telefone 4004-2040.