

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



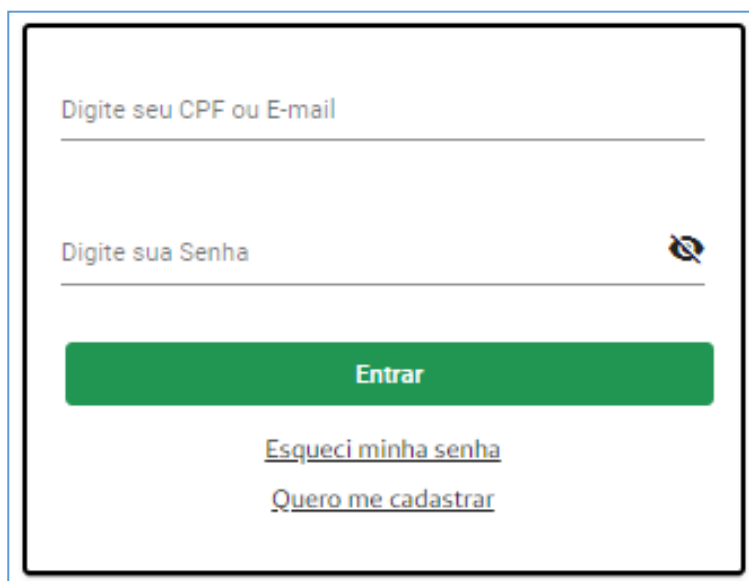
**Olá!**

**Está com dúvida sobre como preencher a sua Declaração de Saúde?  
Neste manual você encontra o passo a passo para te auxiliar!**

Para iniciar, [clique aqui](#) ou digite em seu navegador o endereço abaixo.  
[declaracaodesaude.unimedpoa.com.br](http://declaracaodesaude.unimedpoa.com.br)

## **Acesso**

Utilize seu login e senha do site/aplicativo da Unimed Porto Alegre. Se não lembrar sua senha, clique em **Esqueci minha senha**. Caso ainda não tenha cadastro, clique em **Quero me cadastrar**.



Digite seu CPF ou E-mail

Digite sua Senha

**Entrar**

[Esqueci minha senha](#)

[Quero me cadastrar](#)

Atenção! A senha a ser escolhida deve conter no mínimo 8 (oito) caracteres, sendo eles: letra maiúscula, letra minúscula, caractere especial (#,\$,@,&) e números.

## Preenchimento

Inicie o processo clicando no botão Nova Declaração de Saúde.

Olá,

[Sair](#)

### PROMITENTE BENEFICIÁRIO

Caso você ainda não possua nenhuma declaração de saúde, clique no botão "Nova Declaração de Saúde" e informe seus dados e dos seus possíveis dependentes.

[Nova Declaração de Saúde](#)

Preencha todos os campos solicitados. Confirme se o seu nome, CPF, data de nascimento e e-mail estão corretos.

### 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**.

Olá,

[Sair](#)

### CADASTRO DE NOVA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CPF do contratante \*

Data de nascimento do contratante \*

Nome completo do contratante \*

CNPJ

E-mail do contratante

O contratante também é o titular do plano? (marque "Não" caso esteja contratando o plano somente para seus dependentes)\*

Sim  Não

[INCLUIR DEPENDENTES](#)

[CANCELAR](#)

[FINALIZAR](#)

## Inclusão de Dependente

Para realizar a inclusão de dependentes, clique em **Incluir Dependentes**, preencha os campos abaixo e clique em **Salvar**. Inclua quantos dependentes quiser 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.

**Dependente com 18 anos ou mais:** 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 no e-mail cadastrado o link para preencher sua declaração de saúde.

**Dependentes menores de 18 anos ou interditados:** Preencha os dados do mesmo e informe o seu próprio e-mail (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.

Declaração criada com sucesso. Os beneficiários maiores de idade e os responsáveis dos menores de idade receberão um email com um link para preenchimento da Declaração de Saúde.

OK

## Preenchimento da Declaração de Saúde

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



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

Versão 11.0

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.

CÓDIGO	NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	PARENTESCO	TITULAR	RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE CRIAÇÃO	STATUS	AÇÕES
						18/11/2022	Aguardando Preenchimento		  

Desça até o fim da página e realize o aceite. Clique em Avançar.

**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 carêncial! 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](http://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.

Eu, \_\_\_\_\_, li e estou ciente do conteúdo desta carta.

VOLTAR

AVANÇAR

Assinale uma das três alternativas e clique em **Avançar**.

**IMPORTANTE!** Caso opte pela 2ª ou 3ª alternativa 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 orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.
- Ser orientado no preenchimento da 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

Informe seu peso e sua altura e clique em **Avançar**.

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

Promitente Beneficiário:

Informe seu peso \*

57 Kg

Informe sua altura \*

1,62 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

Responda ao questionário. Sempre que respondido **Sim** a alguma das perguntas, novos questionários deverão ser respondidos em seguida, inserindo as informações complementares solicitadas nos campos habilitados.

**IMPORTANTE!** O questionário completo só será habilitado quando respondido **Sim** para uma das três perguntas iniciais. Se você não possui nenhuma lesão ou doença pré-existente, assinale **Não** para todas as opções.

Finalize o preenchimento e clique em **Avançar**.

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

Promitente Beneficiário:

DOENÇA OU LESÃO	
Faz ou fez acompanhamento médico ou tratamento por alguma condição de saúde pré-existente?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Faz ou fez uso de alguma medicação, tais como: Imunobiológicos, corticoides, anticoagulantes ou quimioterápicos?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Possui histórico de cirurgia, trauma, acidente, artrose ou hérnias ou teve alguma hospitalização em períodos anteriores?	<input type="radio"/> Sim <input 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.

Promitente Beneficiário:

Informe **SIM** ou **NÃO** caso você teve ou tenha alguma das doenças ou lesões listadas abaixo. Caso **SIM**, informe se você realizou algum tratamento e/ou cirurgia para esta doença ou lesão e informe o ano e a descrição do tratamento/cirurgia.

1. Você tem ou já teve alguma doença ou lesão Cardiovascular? **SIM** **NÃO**

Informe abaixo detalhes sobre as doenças ou lesões.

DOENÇA OU LESÃO		TRATAMENTO/CIRURGIA
Alteração Valvar	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Aneurisma	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Angina	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Arritmia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Cateterismo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Cirurgia Cardíaca	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Tratamento <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia Ano: 2010 Descreva aqui mais detalhes: Colocação de stent.

Promitente Beneficiário:

## OUTROS TRATAMENTOS

- Você está em tratamento médico?  Sim  Não
- Você já fez algum tratamento imunobiológico/quimioterápico?  Sim  Não
- Você já fez alguma cirurgia no passado?  Sim  Não
- 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

Promitente Beneficiário:

## MUITO OBRIGADO!

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

Clique em **Imprimir** para realizar o download do arquivo em PDF e após clique em **OK**.

**Sucesso**  
Formulário enviado com sucesso!

---

Doenças/lesões pré-existentes:

- Cirurgia Cardíaca

As doenças/lesões pré-existentes são passíveis de cobertura parcial temporária mediante auditoria médica.

---

CONTRATAÇÃO ELETRÔNICA NA FORMA DE LOGIN E SENHA APÓS CADASTRO

---

Promitente beneficiário:

CPF:


IP: .

Assinado em:

Autenticado por login:

E-mail:

Assinado na forma do artigo 7º, II, da Resolução Normativa nº 413, de 11 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

 IMPRIMIR

Se estiver aderindo a um plano empresarial, envie o PDF para a empresa realizar sua inclusão no plano.







## Alterações na Declaração de Saúde

Se precisar alterar alguma informação na Declaração de Saúde já preenchida, se faz necessário **cancelar** a atual e realizar novamente todo o processo **desde o início**.

Se tiver 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.

### PROMITENTE BENEFICIÁRIO

Abaixo você pode visualizar o(s) beneficiário(s) para realizar a declaração de saúde. Selecione a opção desejada no coluna "Ações" e siga as orientações de preenchimento.

CÓDIGO	NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	PARENTESCO	TITULAR	RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE CRIAÇÃO	STATUS	AÇÕES
							18/11/2022	Em Análise Contrato	   

Neste caso, os dependentes devem usar o **novo link** que será enviado ao e-mail deles para dar andamento ao preenchimento da nova Declaração de Saúde.

Em caso de dúvidas, contate a  
Central de Relacionamento via  
**chat** em nosso site  
ou no telefone 4004-2040.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

