

# MANUAL DE ORIENTAÇÕES DO CADASTRO

Unimed | 

# 6. APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS E DECLARAÇÃO DE SAÚDE



## 6.1 DEFINIÇÕES

**Declaração de Saúde:** Consiste no preenchimento de um formulário, elaborado pela ANS, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

**Cobertura Parcial Temporária (CPT):** Admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de 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.

**Período de carência:** É o período em que a cobertura contratual fica suspensa, ou seja, o usuário não pode usufruir determinado atendimento. As coberturas somente serão asseguradas após o decurso do prazo de carências estabelecido. O período de carências serve de captação de recursos para a operadora, pois receberá as contraprestações sem que tenha que cobrir os atendimentos que estão em período de carência.

## 6.2 REGRAS PARA O APROVEITAMENTO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Serão aceitos os prazos definidos abaixo para aproveitamento de Declarações de Saúde dos clientes da Unimed Grande Florianópolis:

- **30 dias após a exclusão do contrato anterior.**

Em casos de DLP (doenças e lesões pré-existentes) será obrigatório o cumprimento das carências restantes até a data final.

Após realização da Declaração de Saúde a inclusão do beneficiário deverá acontecer, no máximo, em até 45 dias após o preenchimento. Caso isso não aconteça, será necessário o preenchimento de uma nova Declaração de Saúde.



## 6.2.1 NÃO REQUER O PREENCHIMENTO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- **Uniflex e Uniplan** (independente do tipo de plano) com mais de 24 meses de contrato dentro da mesma operadora (UGF);
- **Recém-nascido** (natural ou adotivo), incluso nos primeiros 30 dias após o nascimento ou adoção;
- **Menores de 12 anos** (recém-adotados, sob guarda (permanente ou provisória) ou tutela do beneficiário do plano) e cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, nos primeiros 30 dias a contar da data da oficialização dos fatos (independente da segmentação do plano);
- **Cientes migrados e adaptados** (contratos não regulamentado para regulamentado);
- **Cientes UGF provenientes dos benefícios FEA, PEA – BFSC** – Estes clientes deverão comprovar que possuíam plano UGF antes de aderir ao benefício;
- **Titular do plano médico cooperado – PLAC.**

## 6.3 REGRAS PARA O APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Serão aceitas cartas de carências através de meio físico ou eletrônico e o aproveitamento destas será realizado em até 30 dias após o cancelamento do contrato anterior, sendo que a mesma deverá mencionar a situação<sup>2</sup> do contrato ativo ou excluído, podendo ser entregue em qualquer data. Para aproveitamento deverão ser observadas as carências cumpridas no plano anterior. Condições para aproveitamento das cartas de carência:

- Nome completo do beneficiário e seus dependentes (se houver);
- Data de inclusão, data de exclusão (se não houver, informar que cliente está ativo) de cada beneficiário (titular e dependentes);
- Nome da Operadora que emitiu a carta e registro ANS (a carta deve conter assinatura do responsável pela emissão ou emitida através de meio eletrônico ou emitida em papel timbrado da Operadora);
- A carta de carência deverá estar datada e somente será aceita no prazo de 30 dias da emissão.



### 6.3.1 EMPRESAS AUTO GESTÃO (RN 137/2006)

Define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão: I – a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

São consideradas operadoras de Auto-Gestão as empresas e fundações abaixo:

- ELOSAUDE
- FUCAS e CELOS
- SIM – CAIXA DE ASSITENCIA
- FUSESC – SIM
- CASACARESC
- FUNDAÇÃO DAS UNIMED DE SANTA CATARINA

<b>GRUPO DE CARÊNCIAS</b>	<b>PRAZO</b>
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	90 dias
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

### 6.3.2 CLIENTES DE OUTRAS OPERADORAS E ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS E CLIENTES PROVENIENTES DOS BENEFÍCIOS FEA, PEA – BFSC DE OUTRAS OPERADORAS.

Tempo de permanência no plano anterior: **Acima de 6 meses de contrato.**

<b>GRUPO DE CARÊNCIAS</b>	<b>PRAZO</b>
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	Isento
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

### 6.3.3 RECÉM-NASCIDO DE OUTRAS OPERADORAS QUE SERÃO INCLUSOS EM CONTRATO PF – INDEPENDENTE DA SEGMENTAÇÃO DO PLANO ANTERIOR

<b>GRUPO DE CARÊNCIAS</b>	<b>PRAZO</b>
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	90 dias
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

### 6.3.4 EXCEÇÕES UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

- Isenção das carências cumpridas no plano anterior para clientes UGF provenientes dos benefícios FEA, PEA – BFSC. Estes clientes deverão comprovar vínculo anterior com a UGF por meio da declaração emitida pela Unimed Federação de SC.
- Isenção total das carências para titular do plano médico cooperado – PLAC.
- Isenção das carências cumpridas no plano anterior para clientes UGF (independente do tipo de plano), desde que a exclusão não ultrapasse 30 dias (salvo exceções).

### 6.3.5 CUSTO OPERACIONAL (UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS)

Tempo de permanência no plano anterior: **Abaixo de 6 meses de contrato.**

<b>GRUPO DE CARÊNCIAS</b>	<b>PRAZO</b>
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	Isento
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

### **Tempo de permanência no plano anterior: Acima de 6 meses de contrato**

- Isenção total das carências para os clientes com plano anterior Custo Operacional UGF.
- Para os planos CO + Amb, os beneficiários deverão cumprir os prazos de carência de Acomodação + Parto.

## **6.4 OUTRAS INFORMAÇÕES - REGRAS DA ANS**

### **6.4.1 NOVA CONTRATAÇÃO DE PLANO (novo contrato) COLETIVO EMPRESARIAL**

- Contratos com até 29 beneficiários: COM carências (COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE).
- Contratos com 30 ou mais beneficiários: SEM carências, para solicitações de inclusão formalizadas até 30 dias da celebração do contrato (SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE)

### **6.4.2 INCLUSÃO EM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

- Contratos com até 29 beneficiários: COM carências
- COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

#### **OBS: INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO EM PERÍODO DE EXPERIÊNCIA**

- Solicitação de inclusão em até 30 dias após o término do período de experiência, independente da sua duração – SEM CARÊNCIAS e SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE (verificar cláusula contratual). **COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE, SE TIVER MENOS DE 24 MESES DE CONTRATO**

**Importante:** Será isento do preenchimento da Declaração de Saúde, o cliente que já tenha realizado, visto que o mesmo cumprirá o prazo faltante das carências, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP).

**Importante:** Beneficiário que NÃO realizou Declaração de Saúde, por período inferior a 24 meses, ao aderir novo plano que exija declaração de saúde e declarar uma DLP, cumprirá somente o período faltante, ou seja, até completar 24 meses a partir da data de adesão do contrato anterior. Salvo o cliente que tenha entrado isento do preenchimento de Declaração de Saúde por norma da ANS.



### 6.4.3 NOVA CONTRATAÇÃO DE PLANO (novo contrato) COLETIVO POR ADESÃO

- Solicitações de inclusão formalizadas NOS PRIMEIROS 30 dias da celebração do contrato: SEM carências, independente da quantidade de vidas. (COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE)

### 6.4.4 INCLUSÃO EM PLANO COLETIVO POR ADESÃO

- Solicitações de inclusão formalizadas 30 dias APÓS a celebração do contrato: COM CARÊNCIAS e COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

#### **OBS: INCLUSÃO DE DEPENDENTES – PLANO COLETIVO POR ADESÃO**

- Novos dependentes (qualquer novo vínculo comprovado mediante documentação necessária, após entrada do titular no contrato) – SEM CARÊNCIAS, com solicitação de inclusão durante o aniversário do contrato.
- Demais Casos – As carências serão liberadas apenas se forem incluídos junto com o titular.

## 6.5 CONTRATAÇÕES SEM INTERRUÇÃO – (SÚMULA NORMATIVA Nº 21)

Na celebração de plano coletivo empresarial e adesão; e individual ou familiar, sendo vedada a recontagem de carências que já foram cumpridas ou não aplicadas, quando:

- Não houver interrupção entre a contratação de um plano e outro (UGF pratica regra dos 30 dias);
- A contratação se der na mesma operadora;
- A aplicação de carências é permitida na ampliação de acomodação, abrangência ou cobertura (segmentação), mediante termo de ciência do beneficiário.
- Quando o beneficiário tiver 24 meses ou mais no plano anterior, contratado na mesma operadora, mesma segmentação e sem interrupção entre um plano e outro, entra no novo plano sem análise de DLP e aplicação de CPT.

## **6.6 MIGRAÇÕES DE CONTRATO NÃO REGULAMENTADO INDIVIDUAL/FAMILIAR E COLETIVO POR ADESÃO (CONTRATO OU BENEFICIÁRIO) – (RN 254/2011)**

É garantido ao responsável pelo contrato e, nos planos individual/familiar e coletivos por adesão, também aos beneficiários autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências e sem análise de DLP e aplicação de CPT.

Caso não haja plano compatível na migração, a operadora pode oferecer migração para outra segmentação, com condições especiais de carências para as novas coberturas, sem análise de DLP e aplicação de CPT. Para Planos Coletivos Empresariais, a migração é realizada conforme negociação entre as partes, não sendo contemplada na RN 254.

Nos casos em que houver adaptação de contrato, o reajuste máximo estipulado pela ANS é de 20,59%, sendo garantido ao responsável pelo contrato e também aos beneficiários, automaticamente, isenção de nova contagem de carências e análise de DLP e aplicação de CPT.

## **6.7 RECÉM NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA – SEGMENTAÇÃO DO PLANO: HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.**

### **Prazo para o aproveitamento das carências:**

- Solicitação de inclusão no prazo de até 30 dias após o nascimento do beneficiário, desde que o pai, mãe ou responsável legal tenha cumprido o prazo máximo de carências de 180 dias: ISENÇÃO TOTAL DE CARÊNCIAS E DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão no prazo de até 30 dias após o nascimento do beneficiário, SEM o cumprimento do prazo máximo de carências de 180 dias pelo pai, mãe ou responsável legal: APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS PELO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL LEGAL E ISENÇÃO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão APÓS os 30 dias do nascimento do beneficiário: COM CARÊNCIAS E DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

**Importante:** Para que haja a liberação das carências do recém nascido, conforme item anterior, o mesmo deve ser inscrito como dependente em plano de saúde cujo titular seja seu pai, mãe ou responsável legal.

## **6.8 MENORES DE 12 ANOS ADOTIVOS, SOB GUARDA PERMANENTE OU PROVISÓRIA, TUTELA OU RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE (SÚMULA NORMATIVA Nº 25) – INDEPENDENTE DA SEGMENTAÇÃO DO PLANO:**

### **Prazo para o aproveitamento das carências:**

- Solicitação de inclusão no prazo de 30 dias após a guarda/adoção/tutela: Aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante/responsável legal: SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão no prazo de 30 dias após o reconhecimento de paternidade: Aproveitamento das carências já cumpridas pelo PAI: SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão APÓS 30 dias da guarda/adoção/tutela ou reconhecimento de paternidade: COM CARÊNCIAS E COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

**Importante:** Com a finalidade de reforçar o entendimento estabelecido pela Súmula Normativa nº 25/2012, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Súmula Normativa nº 29/2015. Esta norma tem o objetivo de esclarecer que o filho sob guarda, seja provisória ou permanente, tem direito a ingressar como dependente no plano de saúde de seus responsáveis.



