

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Tema: Declaração de Saúde, CPT e DLP

1. A ANS tem alguma norma sobre o preenchimento da Declaração de Saúde?

Sim, a RN n.º 162/2007 que esclarece sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, por meio da Carta de Orientação aos Beneficiários.

2. Quais tipos de contratação admitem o preenchimento da declaração de saúde?

A operadora pode exigir o preenchimento da DS nos planos regulamentados pela Lei n.º 9.656/98 nas modalidades individual/familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial.

3. O que são Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)?

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

4. O que é Cobertura Parcial Temporária (CPT)?

É uma restrição na cobertura do plano de saúde, que pode ser imputada pelas operadoras no caso de DLP. Ela pode durar no máximo 24 meses a partir da assinatura ou adesão contratual e só pode abranger cirurgias, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade - PAC diretamente relacionados à doença ou lesão preexistente declarada pelo beneficiário ou seu representante legal.

5. O que é agravo?

É um acréscimo no valor da mensalidade para que o consumidor tenha direito integral a cobertura do plano de saúde contratado, inclusive para a DLP declarada. Ele se dá por livre negociação entre a operadora e o beneficiário e deve ser regido por Aditivo Contratual específico, no qual deve ser especificado o percentual ou valor e o período de vigência do agravo. **Atualmente a Unimed não utiliza o agravo.**

6. O que é a Declaração de Saúde e em qual momento deve ser preenchida?

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

7. O que o beneficiário deve informar na declaração de saúde?

O beneficiário deverá informar as doenças ou lesões que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano de assistência à saúde. 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.

8. Quem deve preencher a Declaração de Saúde?

De acordo com a ANS, a Declaração de Saúde (DS) deve ser preenchida pelo próprio beneficiário ou por seu representante legal que pode ser: pai, mãe, tutor, curador, guardião ou procurador com poderes expressos. No caso de menor de idade de 0-15 anos, o responsável legal assina como representante, entre 16-18 anos, o menor assina, assistido de seu representante legal.

9. E se o beneficiário for analfabeto? Quem pode preencher a Declaração de Saúde?

Nesse caso, o beneficiário deve nomear procurador com poderes específicos para contratação do plano e preenchimento e assinatura da DS. **A procuração deve ser obrigatoriamente pública a rogo.** **Justificativa:** Em que pese ser o analfabeto plenamente capaz para o exercício dos atos da vida civil, em relação à celebração de contratos, devem ser observadas determinadas formalidades, porquanto a simples aposição de impressão digital no documento ou “desenhar” o próprio nome não constitui prova de que tenha ele (analfabeto) concordado com os termos estabelecidos nos documentos.

10. E se na contratação o beneficiário for representado por procurador? Quem deve preencher a Declaração de Saúde (DS)?

Se o beneficiário for representado por procurador, além dos poderes para contratar, a procuração (pública ou particular) deve conceder poderes expressos para preenchimento da Declaração de Saúde (DS) e demais documentos que se fizerem necessários.

11. Quem pode auxiliar o beneficiário no preenchimento da Declaração de Saúde, esclarecendo dúvidas etc.?

O médico da operadora ou médico não cooperado escolhido pelo beneficiário. O vendedor ou corretor não podem orientar quanto ao preenchimento e muito menos preencher a declaração pelo beneficiário. O vendedor ou consultor poderão apenas orientar quanto aos campos de preenchimento e nunca referente ao seu conteúdo.

12. Qual data deve constar no preenchimento da Declaração de Saúde?

- **Plano Individual/Familiar:** A DS deve ser preenchida com a mesma data do formulário de solicitação de inclusão no plano de saúde ou na data que o cliente estiver realizando o preenchimento da mesma.
- **Plano Coletivo:** A DS deve ser preenchida com a mesma data do formulário de solicitação de inclusão no plano de saúde ou na data que o cliente estiver realizando o preenchimento da mesma.

***A data da Declaração de Saúde não poderá ser superior a data de preenchimento da proposta de adesão e contrato.**

13. A Declaração de Saúde pode conter rasuras?

Não. A DS deve ser preenchida e não deve conter rasuras (eliminação de letra ou palavra, riscando-as ou raspando-as). Também não devem ser realizadas correções utilizando corretivos. Em caso de rasura deve ser preenchida nova Declaração de Saúde.

14. A assinatura da Declaração de Saúde pode ser diferente do documento apresentado?

Não, a assinatura do cliente deve ser conforme o documento oficial apresentado.

15. Se o cliente vier e preencher a Declaração de Saúde junto com os documentos de contratação e desistir da contratação, se ele voltar para realizar a contratação no mês seguinte a operadora pode solicitar o preenchimento de nova DS?

Sim. Se por algum motivo o cliente desistir do plano e depois retornar a operadora para contratá-lo novamente, independente do lapso temporal, o correto é solicitar o preenchimento de toda a documentação, inclusive DS com data atual, pois nesse período o cliente pode ter tido conhecimento de nova doença e/ou lesão preexistente que não tinha à época.

Todavia, para os clientes que estiverem em processo de contratação do plano, a DS será considerada, desde que o prazo máximo entre a data de preenchimento e solicitação de inclusão seja em até 45 dias.

16. Quem está legalmente dispensado do preenchimento da Declaração de Saúde?

- O recém-nascido, quando inscrito como dependente em plano com segmentação hospitalar com obstetrícia em até 30 (trinta) dias do nascimento.
- O recém-nascido adotivo ou sob tutela ou guarda, quando inscrito como dependente em plano com segmentação hospitalar com obstetrícia em até 30 (trinta) dias do deferimento da adoção, tutela ou da guarda.
- O menor de 12 anos, adotivo ou sob guarda ou tutela, quando inscrito como dependente em plano de qualquer segmentação em até 30 (trinta) dias do deferimento da adoção, guarda ou tutela.
- O menor de 12 anos, que teve a paternidade reconhecida, quando inscrito como dependente em plano de qualquer segmentação em até 30 (trinta) dias do reconhecimento da paternidade.
- O beneficiário de plano coletivo empresarial com 30 (trinta) ou mais vidas, desde que formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
- O beneficiário que na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.

17. Caso a operadora realize qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário com vistas à sua admissão no plano de saúde ela poderá alegar omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP)?

Não. Nesses casos a operadora não poderá alegar omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) posteriormente.

18. Quando houver a aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) é necessária a formalização de aditivo contratual?

Não, porém a operadora deverá informar ao beneficiário por meio de Termo de Cobertura Parcial Temporária para que doença ele terá cobertura parcial temporária (CPT) e quais as restrições dessa cobertura (Procedimentos de Alta Complexidade [PAC] e cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, UTI, objetos de CPT, relacionado (s) à(s) doença (s) ou lesão (s) preexistente (s) - DLP declarada(s)). O beneficiário deverá concordar com o estabelecido na restrição de cobertura temporária e assinar o documento.

19. Quais são as coberturas garantidas ao beneficiário, no caso de estabelecimento de cobertura parcial temporária (CPT)?

Nos casos em que for estabelecida cobertura parcial temporária (CPT) não pode haver restrição de cobertura para consultas, 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 das carências estabelecidas no contrato.

20. A operadora pode recusar a inclusão de portador de doença ou lesão preexistente (DLP) no plano de saúde?

Não. A operadora é proibida de recusar a inclusão de portador de DLP no plano que ela oferece. Caso a operadora opte por não oferecer a cobertura total para a DLP, ela é obrigada a oferecer cobertura parcial temporária (CPT) e, facultativamente, pode oferecer também a opção de agravo ao consumidor.

21. Na contratação de um plano novo, com segmentação diferente do plano anterior, quando o cliente possui menos de 24 meses de plano, deve ser cobrado preenchimento de DS?

Sim, pois a norma diz que somente não será cobrada DS quando o beneficiário tiver permanecido no plano por 24 meses, na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.

22. E quando o beneficiário entrou como RN (dependente dos pais, sem DS e com isenção de carências) e, menos de 24 meses depois, entra em um novo plano como titular?

Atualmente a Unimed não cobra o preenchimento de nova declaração de saúde nesse caso.

23. Se o cliente possui plano na empresa “A” e troca para o plano da empresa “B” deve preencher declaração de saúde mesmo tendo preenchido DS quando entrou no plano da empresa “A”?

Não, pois aproveitamos a DS preenchida no plano da empresa “A” e, em caso de CPT no primeiro plano, o beneficiário cumprirá o período remanescente no plano da empresa “B”.

A mesma regra deve ser aplicada no plano individual/familiar.

24. Se o cliente ingressou no plano da empresa “A” e não preencheu Declaração de Saúde e troca para o plano da empresa “B”, a Unimed pode exigir o preenchimento da declaração de saúde quando ingressar no plano da empresa “B”?

Atualmente a Unimed não cobra o preenchimento de nova declaração de saúde nesse caso, independente do período em que o beneficiário permaneceu no plano da empresa anterior, desde

que, na mesma operadora, mesma segmentação e sem interrupção de plano (considerando 30 dias após a data de exclusão do contrato anterior). **A mesma regra deve ser aplicada no plano individual/familiar.**

25. Quem deve assinar como intermediário da Carta de Orientação ao Beneficiário anexa a declaração de saúde?

- Plano individual/familiar: vendedor/corretor da operadora.
- Plano coletivo por adesão: vendedor/corretor da administradora de benefício ou representante legal da pessoa jurídica contratante.
- Plano coletivo empresarial: representante legal da pessoa jurídica contratante

26. É possível exigir o preenchimento de nova Declaração de Saúde durante a vigência do plano?

Não. O beneficiário deve realizar o preenchimento de apenas um documento no ato da contratação.

27. O nome do beneficiário pode ser abreviado na declaração de saúde?

Pode. Contudo, não devem ser abreviados nomes próprios (ex: Ana Júlia), os agnomes (Filho, Neto, Sobrinho, Júnior) e último nome.

28. O beneficiário deve assinar e rubricar a declaração de saúde?

Sim, para segurança da operadora e do próprio beneficiário, é necessária a assinatura conforme documento de identificação apresentado, no local indicado, e a rubrica em todas as folhas da declaração de saúde. A rubrica evita que contratante e/ou contratada aleguem futuramente a substituição de páginas do documento.

29. Qual a diferença entre carência e cobertura parcial temporária?

Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Os prazos máximos de carência estabelecidos na Lei nº 9.656/98 são: 24 horas para urgência e emergência; 300 dias para parto a termo e 180 dias para os demais casos. Já a Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação e/ou adesão do plano, a restrição da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e eventos cirúrgicos, desde que relacionada exclusivamente às DLPs declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal na Declaração de Saúde.

30. Quais documentos a operadora precisa receber junto com a DS?

Para a conferência dos dados da DS encaminhar cópia dos seguintes documentos:

- Comprovante de residência (normas internas);
- Cópia do RG, carteira de Habilitação ou outro documento oficial usado para identificação (legível); e,
- Cópia do CPF (legível).

31. Na página 8, que se refere à orientação médica, qual opção o cliente deve marcar?

Se o cliente não foi orientado por um médico e não apresentou dúvidas em relação ao preenchimento do documento, deve-se assinalar a terceira opção, que dispensa o médico orientador.

- 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.

O cliente pode escolher ser orientado por um médico da operadora, devendo agendar um horário por telefone, ou solicitar a orientação de um profissional à sua escolha, cujo nome e CRM deverão ser informados no campo referente à orientação médica.

Quanto à orientação médica para o preenchimento desta Declaração de Saúde, declaro que optei:

- Ser orientado (a) por médico (a) designado (a) pela Unimed Grande Florianópolis.
Dr. (a.) _____ CRM/SC _____
- Ser orientado (a) por médico (a) de minha escolha.
Dr. (a.) _____ CRM/SC _____

32. Não sei meu peso ou minha altura, posso deixar em branco?

Não. O peso e altura devem ser sempre preenchidos. O cliente deve preencher de acordo com o que tem conhecimento.

33. Quando devo enviar a DS original (documento físico) à operadora?

A Declaração de Saúde original será encaminhada à Unimed após a liberação da auditoria. Para os casos que a operadora encaminhar o termo de CPT este deverá ser anexado junto a DS original para posterior envio.

34. Quando será encaminhado pela operadora o termo de CPT para assinatura do cliente?

Quando diagnosticado DLP (doença ou lesão pré existente). A operadora encaminhará o termo para assinatura do cliente. A empresa deve devolver o termo assinado com a DS Original para posterior liberação.

35. Quem informará no termo de CPT o CID da DLP e o prazo da carência?

Os campos CID e prazo são de exclusivo preenchimento da UGF (itens 2 e 3).

2. Ficam suspensos da cobertura os eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia (UTI e similares) e os procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tais como: Ressonância magnética, tomografia, angiografia, cateterismo, angioplastia, cintilografia, litotripsia, pesquisa vírus HIV qualitativo e quantitativo de carga viral, quimioterapia, radioterapia, contagem de células CD34 / CD45 positivas, HTLV-I, por PCR, bem como demais constantes no Rol de procedimentos da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão _____ preexistente _____ CID _____ (s):

A listagem completa dos procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

3. A cobertura para doença ou lesão preexistente ficará suspensa pelo período de _____ meses contados a partir da contratação ou da adesão ao plano.

O cliente ou responsável deve assinar no campo assinatura, e informar os dados como nome completo, CPF e data.

A data deverá ser o dia em que o cliente está assinando o termo de CPT. Sempre posterior a data do parecer médico.

36. Em qual formato devo enviar os documentos da DS?

A Declaração de Saúde deverá ser enviada de forma organizada, respeitando a ordem das páginas em arquivo único no formato .PDF. A Declaração de Saúde pode ser impressa em oito (08) folhas somente frente ou frente e verso em quatro (04) folhas, desde que o conteúdo e a formatação sejam respeitados. Não podendo ser impressa mais de uma (01) página por página. É importante verificar antes do envio, se os documentos digitalizados estão legíveis e inteiros, caso contrário será devolvido como pendência.

37. O que devo escrever na descrição e assunto do e-mail de dados da DS?

ASSUNTO: DECLARAÇÃO DE SAÚDE – nome da Entidade/Administradora

TEXTO: Nome completo dos beneficiários, a data do envio e a segmentação do plano destino, por exemplo: A+H+OB ou A.

38. Quando devo enviar a movimentação via SGU?

A liberação será feita por email onde a operadora informará que a DS está liberada para o envio da movimentação.

39. Quais documentos devem ser enviados na movimentação do lote via SGU WEB, assim que liberada a DS pela operadora?

Processo da movimentação cadastral (formulários e documentos dos beneficiários), parecer do médico avaliador, termo de CPT (cobertura parcial temporária) quando houver Doença ou Lesão Preexistente – DLP, e cópia do primeiro envio de email da DS à operadora.

40. Qual data deve ser inserida no lote quando enviada a movimentação junto à operadora (data da solicitação)?

A data da solicitação no lote deve ser a mesma do primeiro envio do email à operadora. Lembrando que, a data de vigência não deve superior a dez (10) dias retroativos.