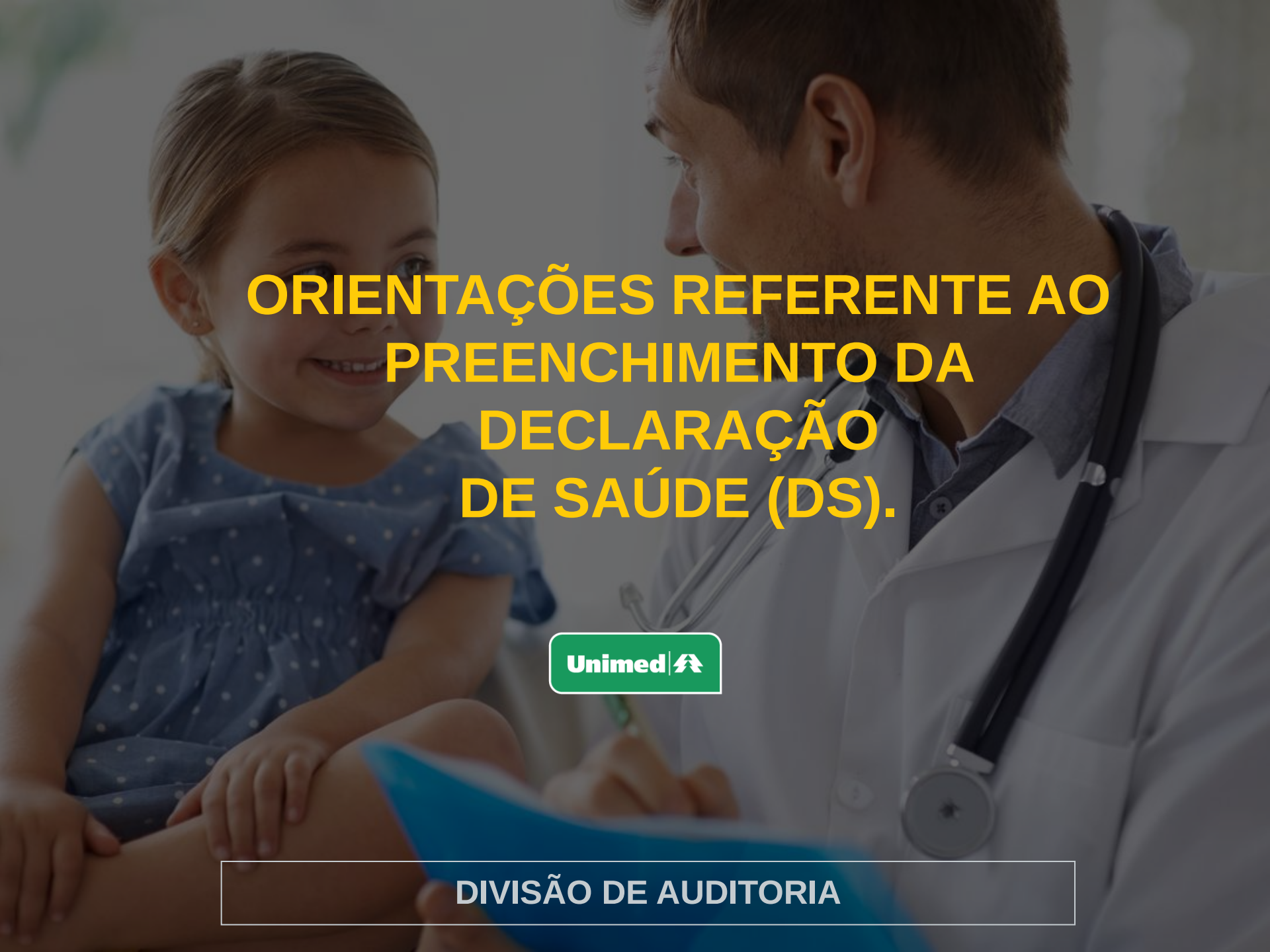


ORIENTAÇÕES REFERENTE AO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE (DS).

DIVISÃO DE AUDITORIA

O QUE É 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 (DLP) que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

Portanto, se o beneficiário 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.

O QUE É COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)?

Cobertura Parcial Temporária (CPT), é 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 (UTI e similares) e eventos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

O QUE É COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)?

IMPORTANTE:

NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações simples, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade (PAC), mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

FLUXO - DECLARAÇÃO DE SAÚDE E PERÍCIA MÉDICA

Unimed

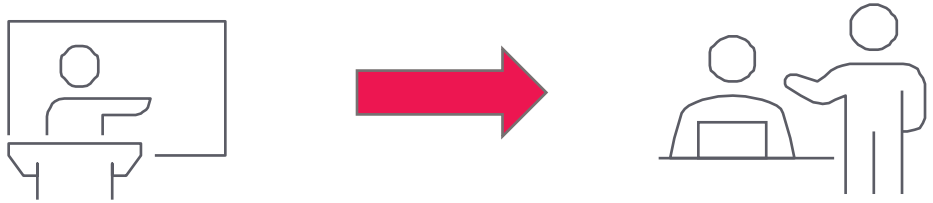
Documentação:

Para análise é necessário o envio dos seguintes documentos:

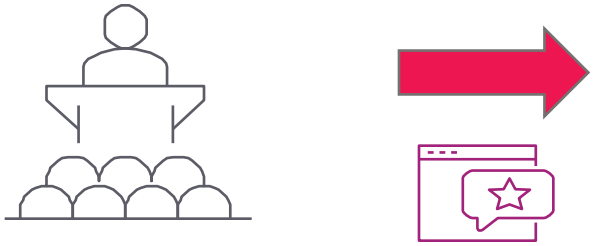
- **Cópia do comprovante de residência legível;**
- **Cópia do RG e CPF legíveis;**
- **Cartas ANS (documento anexo a declaração de saúde);**
- **Declaração de Saúde.**
- **Obs: Se identificado DLP, a operadora encaminhará o termo de CPT (FORM-DVAD-59) preenchido para assinatura do cliente (somente enviar quando houver o retorno da UGF).**

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1º) A entidade fornecerá a declaração de saúde ao futuro cliente para preenchimento.



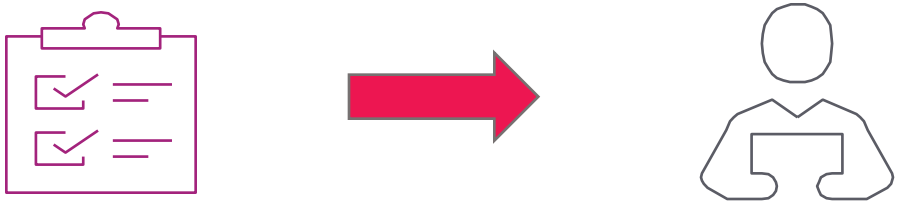
2º) Após o preenchimento, a entidade enviará a documentação por email à UGF, através do endereço ds@unimedflorianopolis.com.br .



PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

3º) Se identificado rasuras, falha no preenchimento, ausência de assinatura, assinatura diferente, dado incorreto, etc), a UGF, no prazo de 72 horas, encaminhará por email a relação das pendências.

4º) Se a DS estiver preenchida corretamente, será encaminhada para avaliação do médico auditor que poderá solicitar perícia para avaliação.



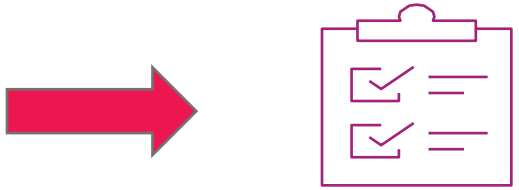
PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

5º) Após a avaliação do médico, sendo diagnosticada a Doença ou Lesão Pré-existente, a UGF solicitará a assinatura do Termo de CPT para o (a) beneficiário (a) ter a ciência do período de suspensão da cobertura contratual. O documento Form- DVAD-59 será enviado por email para a empresa e deverá ser retornado por este mesmo canal.

6º) Não sendo diagnosticada a Doença ou lesão pré-existente para o (a) beneficiário (a), a UGF comunicará a empresa por email informando a liberação do processo para o envio da movimentação.

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

7º) Após o recebimento do parecer da UGF informando a finalização do processo, a entidade deverá enviar via SGU WEB, a documentação de movimentação, declaração de Saúde , parecer do médico avaliador e termo de CPT quando houver DLP.



Observação: Será considerada sempre a data do primeiro envio de email à Unimed para fins de aproveitamento de carências e outros. Desta forma, junto a documentação, deve ser anexado no lote o comprovante do email que foi enviado.

Em casos de dúvidas, sua instituição poderá entrar em contato por meio dos telefones:

(48) 3216-8513 - Jéssica

(48) 3216-8130 - Cristiane

AVALIAÇÃO PERÍCIA MÉDICA

1º) Nos casos que serão periciados:

- ✓ **A UGF encaminhará por e-mail a empresa a relação dos clientes que serão avaliados.**
- ✓ **A partir disto, a empresa deverá informar ao cliente que passará pela avaliação médica, e necessitará entrar em contato com a UGF para agendar a perícia.**

Telefones para agendamento:

(48) 3216-8513 - Jéssica

(48) 3216-8130 - Cristiane

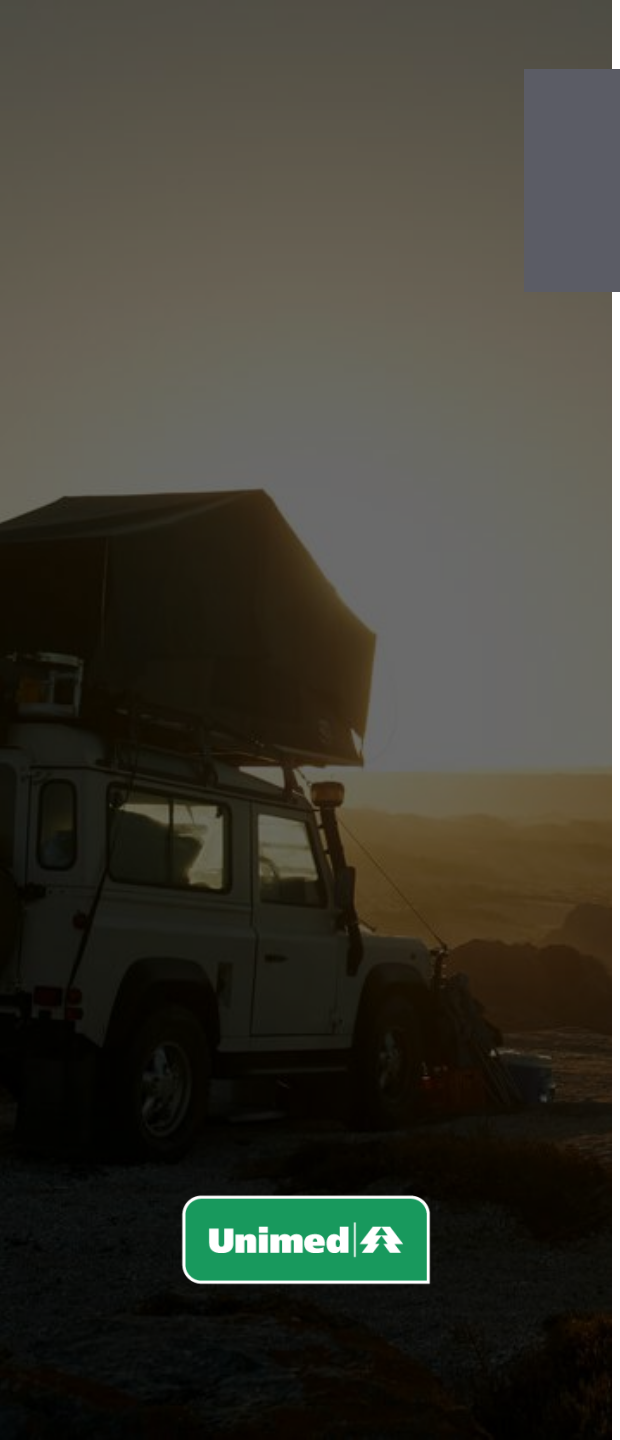
Ficará o cliente responsável pelo reagendamento da pericia para o médico auditor analisar os exames solicitados.

AVALIAÇÃO PERÍCIA MÉDICA

2º) Na necessidade de exames complementares o cliente receberá, no momento da perícia, informações sobre o exame que será realizado.

A UGF agendará o exame, entregando no dia da perícia a guia da solicitação médica já autorizada.

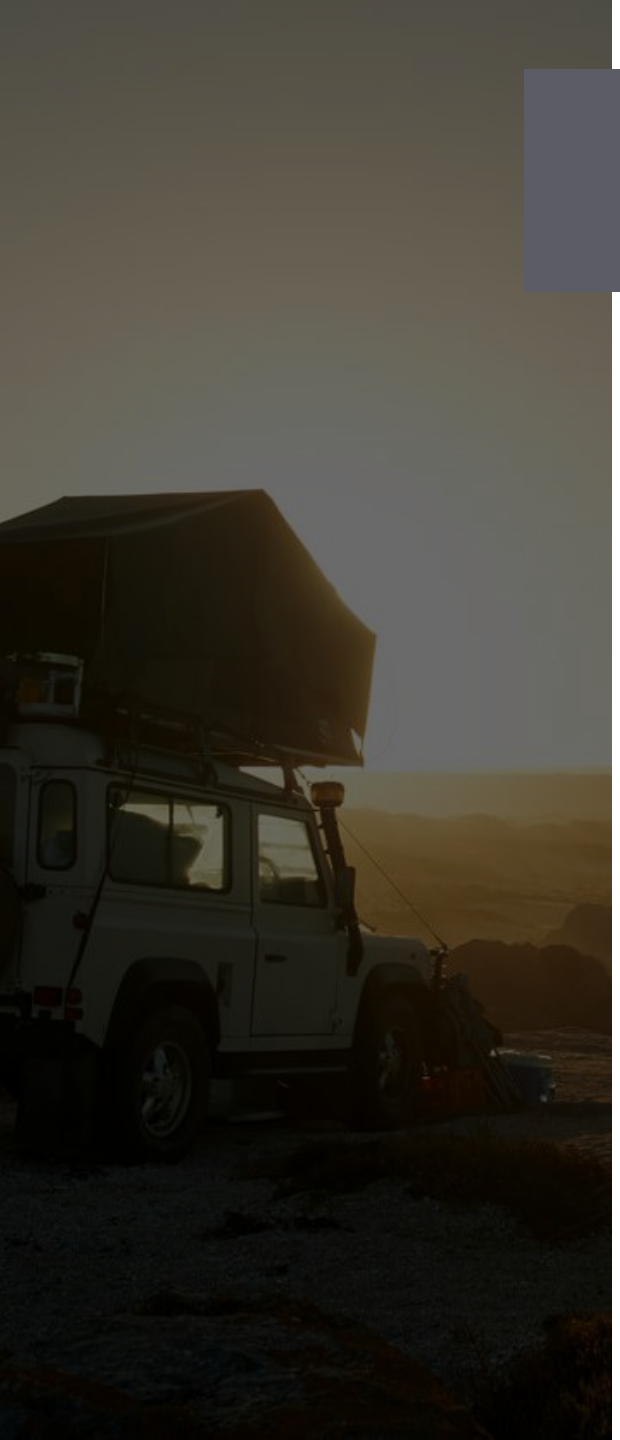
CHECK LIST DECLARAÇÃO DE SAÚDE



ORIENTAÇÕES:

➢ **A declaração de saúde e a carta de orientação ao beneficiário deve ser preenchida de próprio punho. Não poderá constar data futura, ou seja, informar sempre a data do preenchimento.**

➢ **A Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo titular ou dependente quando maiores de idade, para os menores ou legalmente incapazes a responsabilidade do preenchimento é do responsável legal, porém os dados preenchidos são do beneficiário.**



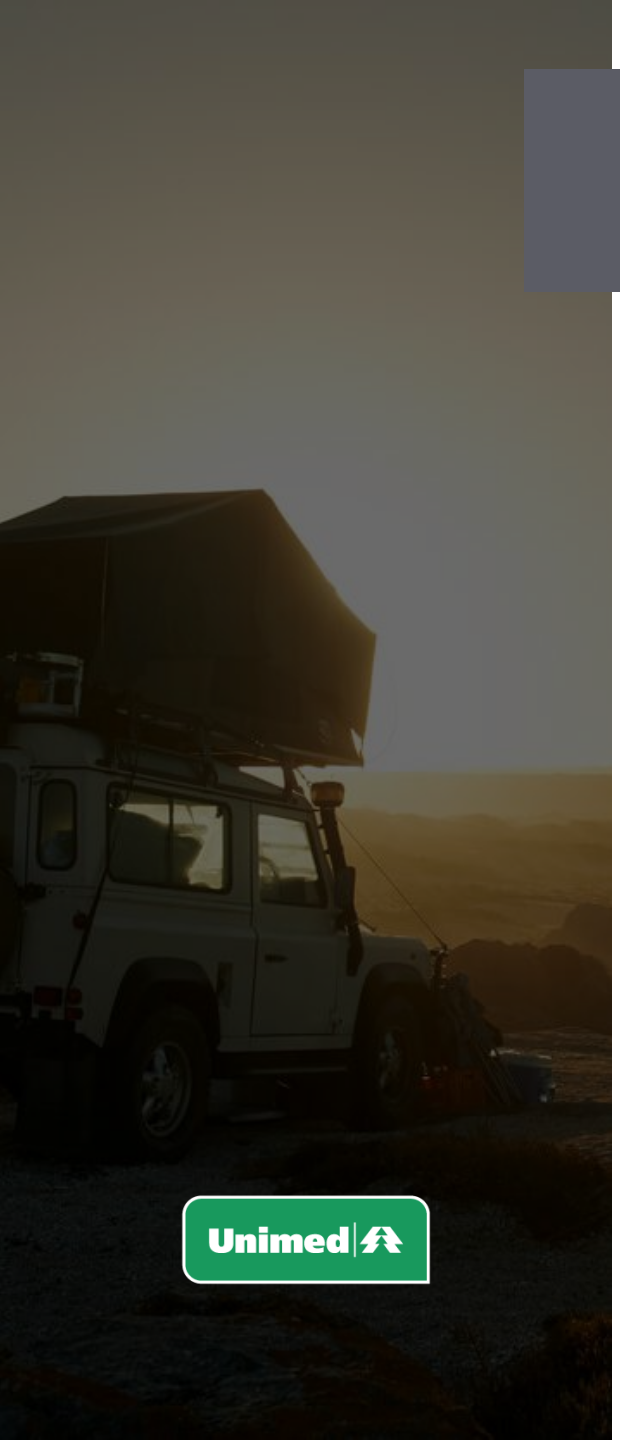
Orientações:

Carta de Orientação ao Beneficiário (CARTA ANS):

- **<u>Página 1:</u> Rubricar;**

- **<u>Página 2:</u> No campo assinatura do beneficiário, preencher: Local e data do preenchimento, nome completo, CPF e assinatura. O campo "Intermediário" não deve ser preenchido pelo cliente, cabe a entidade/consultor responsável pelo contrato assinar e preencher;**

- **IMPORTANTE: O preenchimento da data de assinatura e local entre o beneficiário e intermediário deve ser o mesmo.**



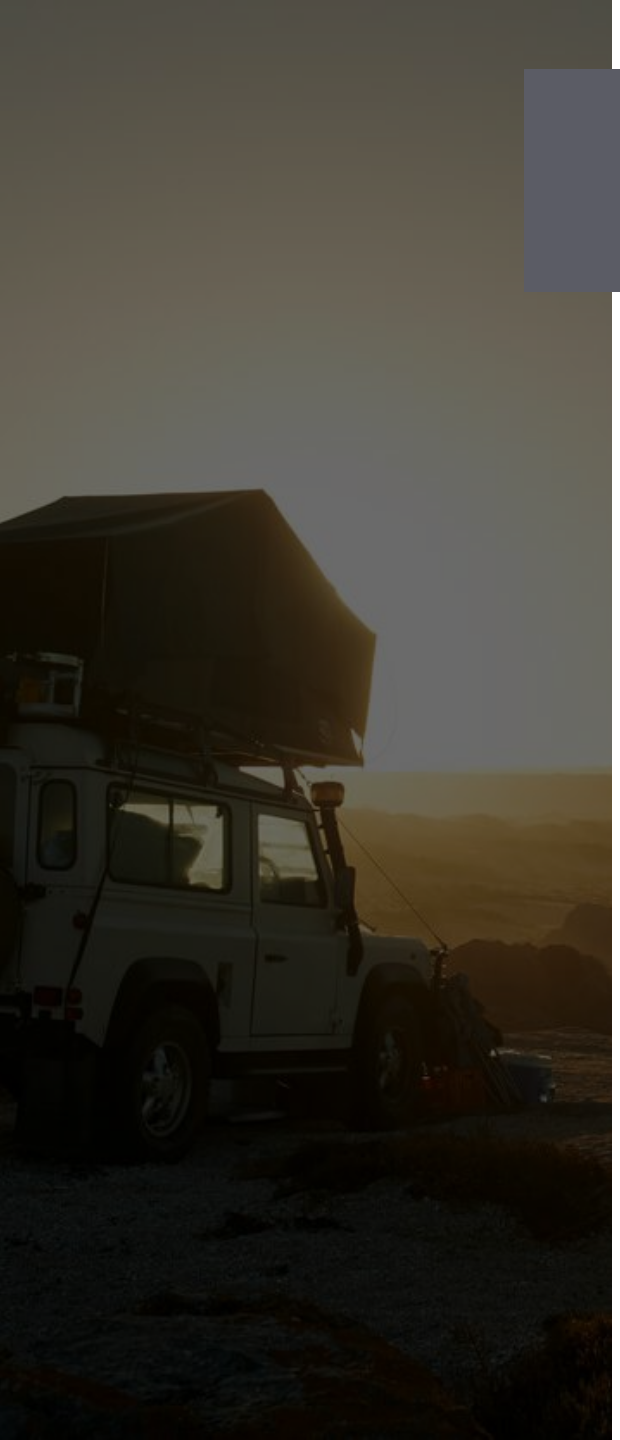
Orientações:

Declaração de Saúde (DS):

•Página 3: Identificação: Preencher Nome Completo, Data de Nascimento, Grau de Parentesco e Rubricar;

•Página 4: Rubricar;

•Página 5: Aspectos Gerais: Preencher a Idade, o Peso e Altura. Responder as questões de 2 a 11 assinalando Sim ou Não. Se for respondido Sim, o mesmo deverá especificar, com nome da DLP, localização no corpo e desde quando conhece o diagnóstico e Rubricar;

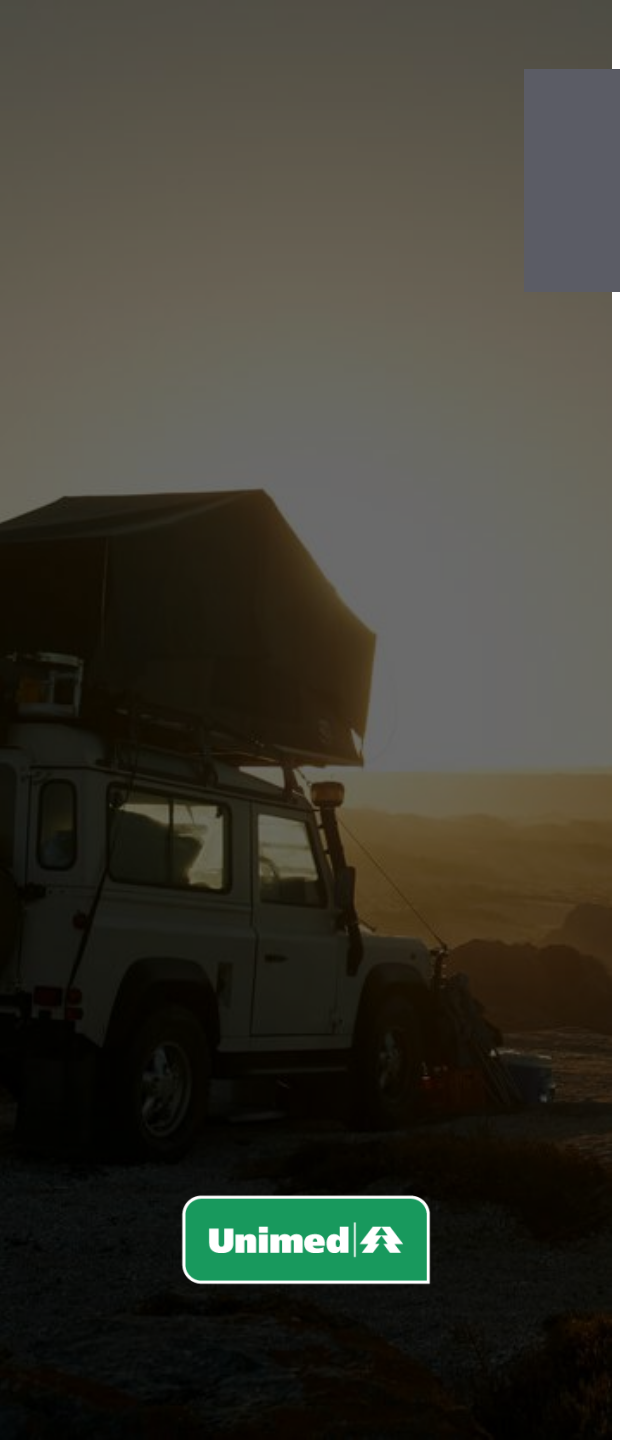


Orientações:

•<u>Páginas 6:</u> **Responder as questões de 12 a 19 assinalando Sim ou Não. Se for respondido Sim, o mesmo deverá especificar, com nome da DLP, localização no corpo e desde quando conhece o diagnóstico e Rubricar;**

•<u>Página 7:</u> **Responder as questões de 20 a 27 assinalando Sim ou Não. Se for respondido Sim, o mesmo deverá especificar, com nome da DLP, localização no corpo e desde quando conhece o diagnóstico e Rubricar;**

•<u>Página 8:</u> **Assinalar X em 01 das opções - se o mesmo necessita de auxílio médico para preenchimento da Declaração de Saúde ou Não, caso o mesmo consiga preencher sozinho, deve dispensar o médico orientador. Se assinalar por ser orientado, o mesmo deve entrar em contato com a Loja de Vendas para agendar um horário para preencher junto ao Médico; No campo assinatura do beneficiário preencher: Nome, CPF, data e assinatura (mesmos dados conforme página 2).**



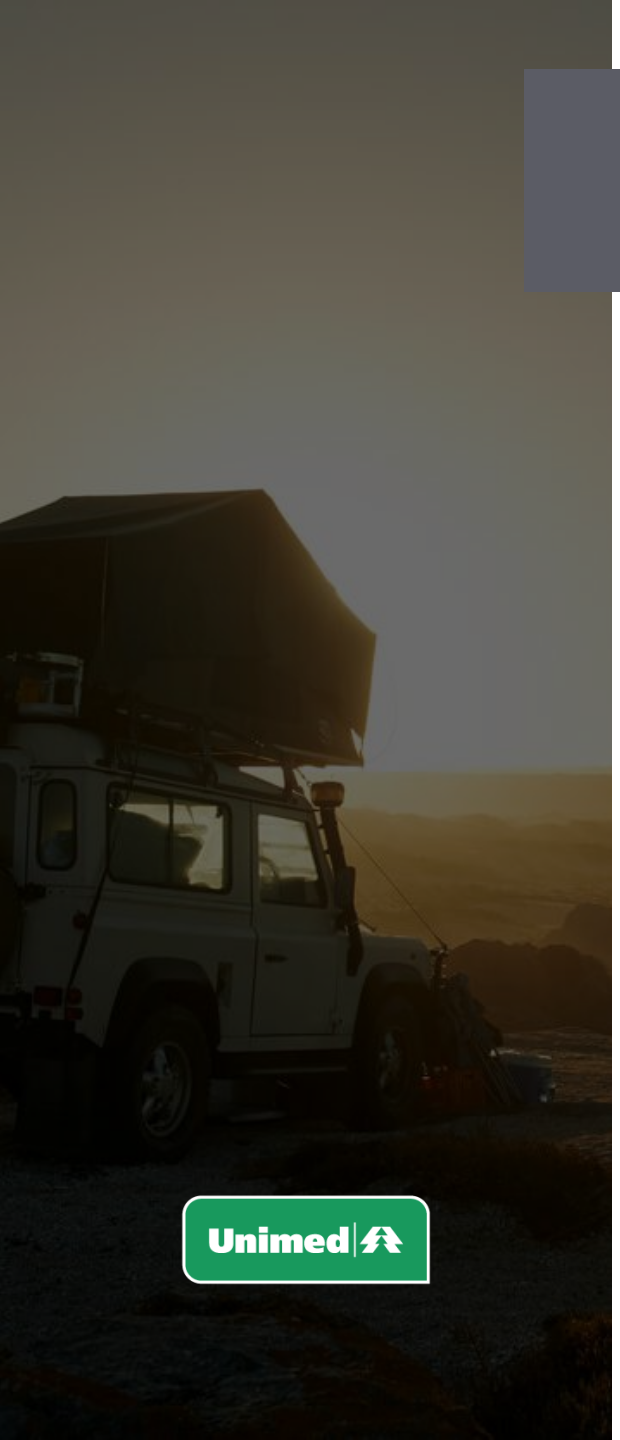
Orientações:

Termo de formalização da Cobertura Parcial Temporária (CPT):

•Para os clientes que declararem alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP);

•Campo Assinatura do beneficiário: Preencher Assinatura, Nome completo, CPF e Data;

Os campos do CID e do prazo são exclusivos da UGF;



Orientações:

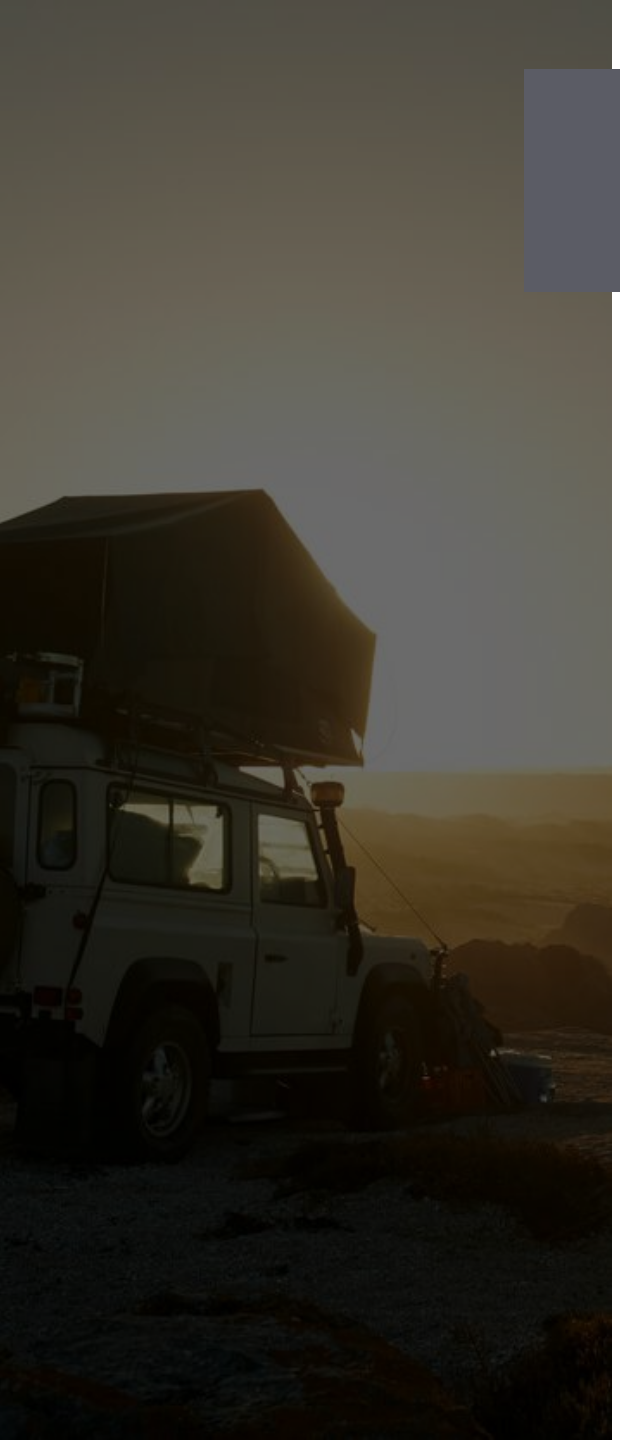
•Nenhum destes formulários poderá conter qualquer tipo de rasuras, uso de corretivo, entre outras irregularidades, pois o mesmo não será validado desta forma;

•Todas as páginas deverão ser rubricadas frente e verso, exceto aquelas que existem os campos assinatura do beneficiário.

Importante citar localização da patologia, por exemplo:

1. **Tendinite no punho direito;**
2. **Artrose no joelho esquerdo;**
3. **Prótese de silicone nas mamas;**
4. **Pinos e parafusos no cotovelo esquerdo, devido a fratura;**
5. **Fios no LCA devido a rompimento ligamentar;**
6. **Ancora no ombro devido a rompimento do tendão;**

APROVEITAMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

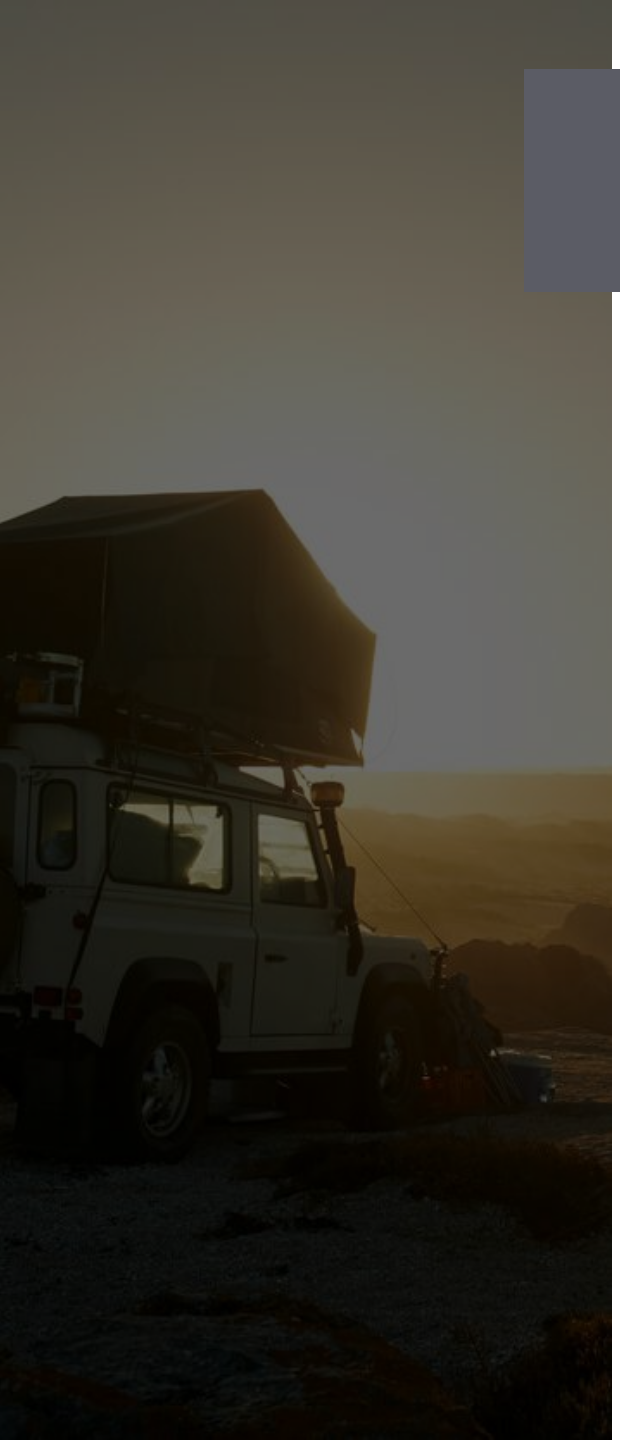


Regras para aproveitamento da Declaração De Saúde – RN Nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007.

Serão aceitos os prazos definidos abaixo para aproveitamento de Declaração de Saúde de clientes UGF:

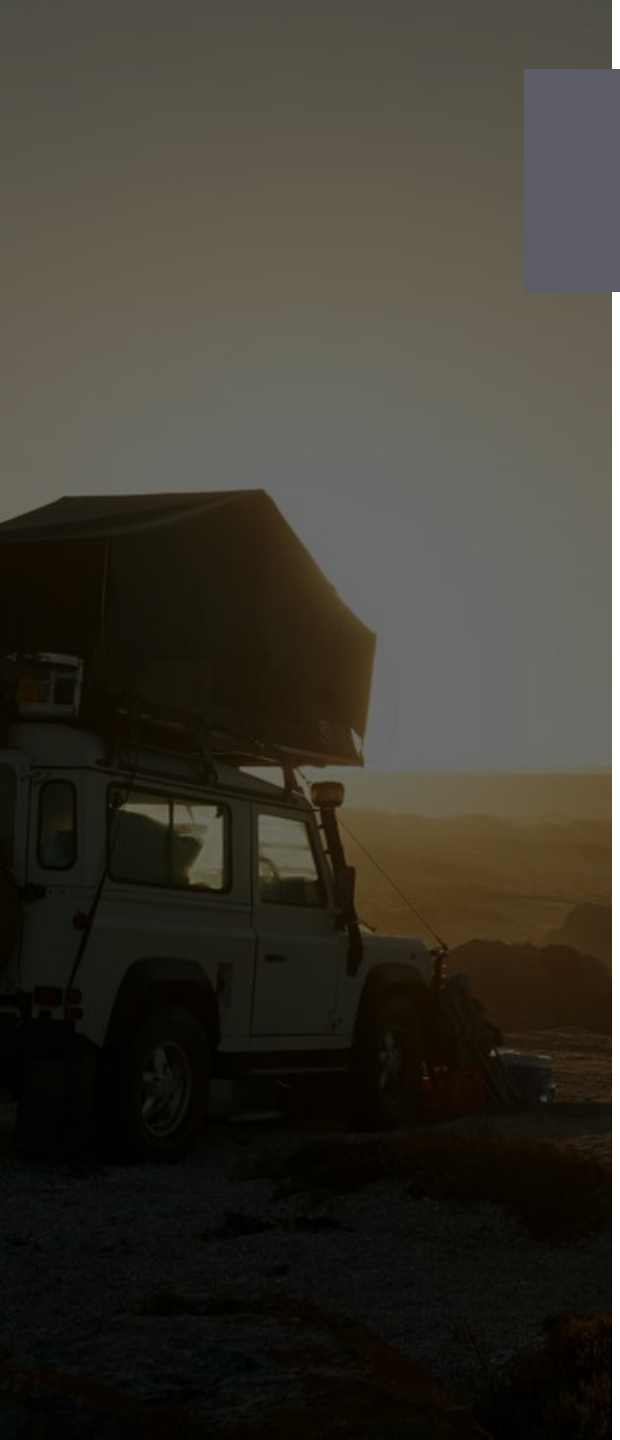
- Até 30 dias após a exclusão do contrato anterior.

Em casos de DLP (doenças ou lesões preexistentes) de um contrato anterior, será obrigatório o cumprimento das carências restantes até a data final.



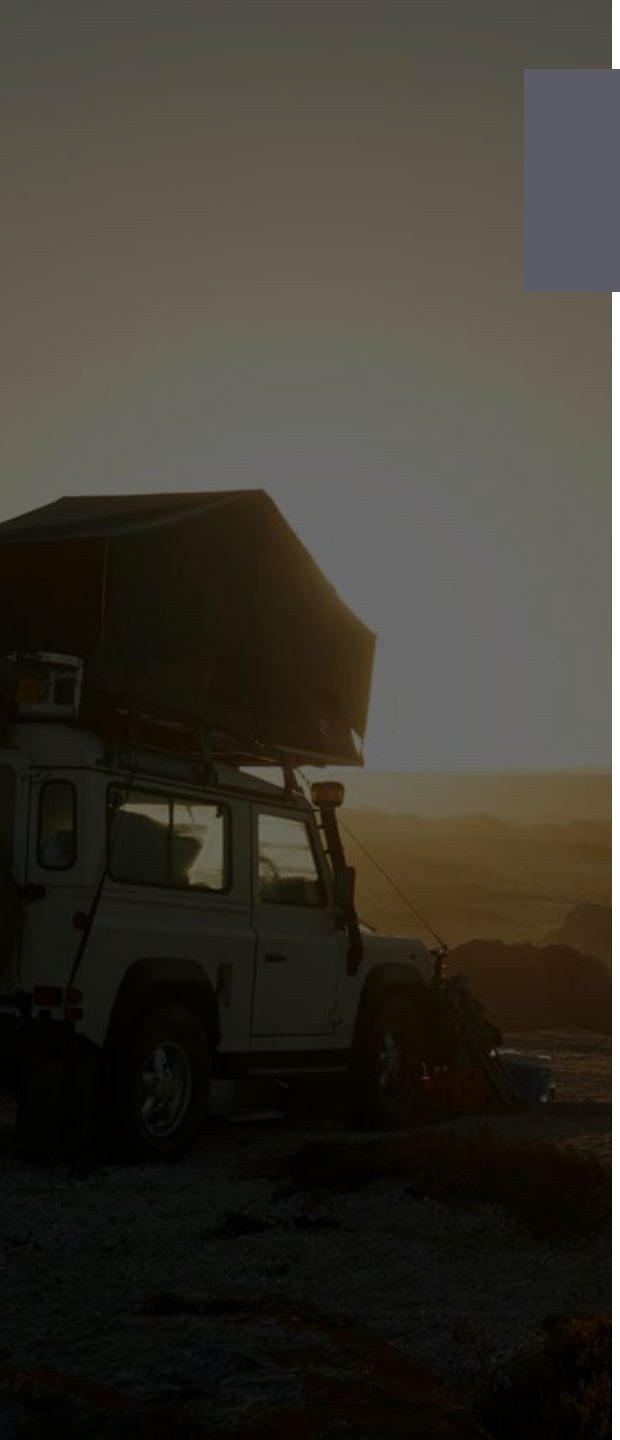
Regras para aproveitamento da Declaração De Saúde – RN Nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007.

- **Art. 14 – Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde 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 (considerar 30 dias para aproveitamento).**



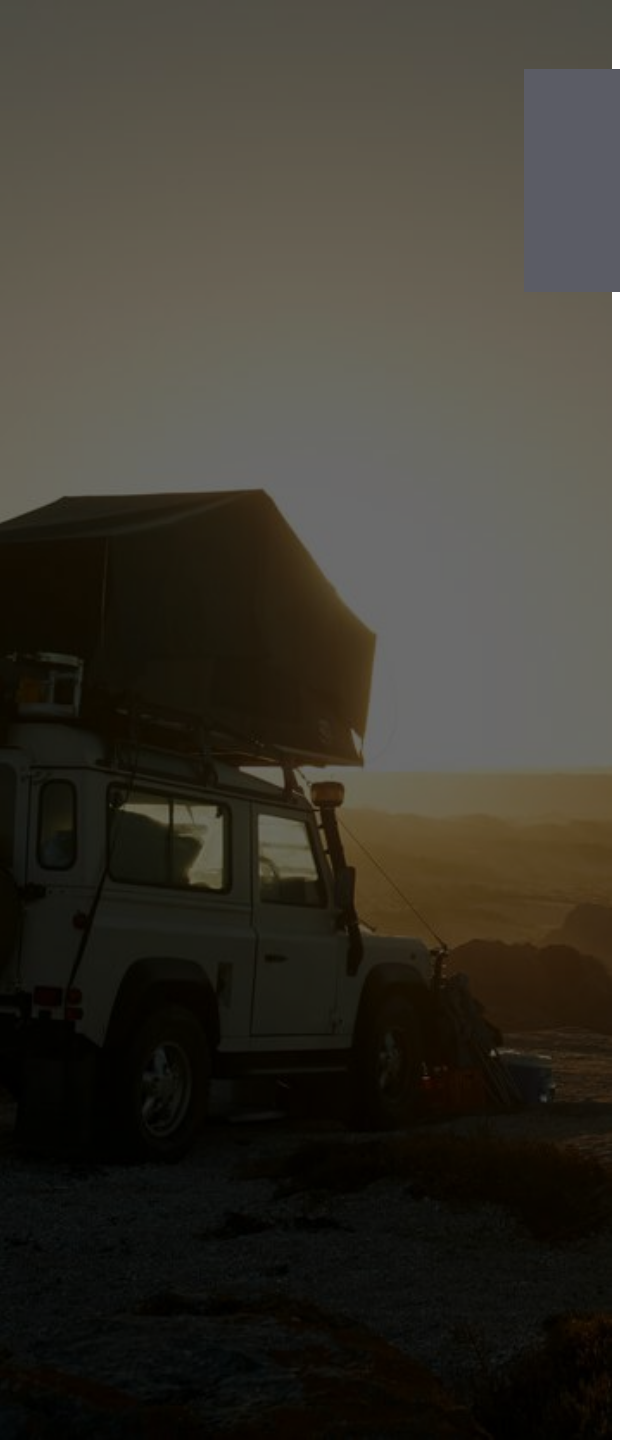
Regras para aproveitamento da Declaração De Saúde – RN Nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007.

- Após a realização do preenchimento da Declaração de saúde a inclusão do beneficiário deverá acontecer, no máximo, em até 45 dias a contar da data de preenchimento excluindo os casos onde existe aproveitamento de carências, onde o mesmo pode aproveitar o que já cumpriu, incluindo o prazo da DS, que é somente até 30 dias.
- Caso isso não ocorra, deverá ser preenchida nova Declaração de Saúde com data atualizada.



Regras para aproveitamento da Declaração De Saúde – Súmula normativa nº 25 , de 13 de setembro de 2012.

- **Art. 11 – Não é possível alegação de DLP quando dependente for inscrito nos primeiros 30 dias a contar:**
- **Art. 11.1 – do nascimento, filho natural, pai ou mãe, com plano ativo, cobertura hospitalar com obstetrícia.**
- **Art. 11.2 – da guarda, tutela ou adoção, no caso de recém nascido de responsável legal com plano ativo, cobertura hospitalar com obstetrícia.**
- **Art. 11.3 – na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente da segmentação contratada.**



Regras para aproveitamento da Declaração De Saúde – Menos de 24 meses de contrato anterior.

- **Será isento do preenchimento da declaração de saúde, o cliente que já tenha realizado, visto que aderindo o novo contrato, o mesmo cumprirá o prazo faltante das carências do plano anterior, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP).**

- **O beneficiário que não realizou Declaração de Saúde, por período inferior a 24 meses, ao aderir o novo contrato que exige DS e declarar uma DLP, cumprirá somente o período faltante, ou seja, até completar 24 meses a partir da data de adesão do contrato anterior.**

Unimed
CUIDAR DE VOCÊ ESSE É O PLANO.