



[www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br)

Alameda Santos, 1827 - 15º Andar

01419-909 - São Paulo - SP

T. (11) 3265-4000

PRES 161/14

São Paulo, 03 de setembro de 2014.

À

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS - DIPRO

At. Dr. André Longo e Dr. João Luis Barroca.

**Assunto:** Contribuições da Unimed do Brasil - Câmara Técnica Qualificação de Entrada de Beneficiários em Planos Coletivos: Doenças e Lesões Preexistentes.

A UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, operadora registrada provisoriamente na ANS sob o número 30087-0 e representante institucional das cooperativas médicas em âmbito nacional, vem apresentar nossas contribuições em relação à Câmara Técnica intitulada *Qualificação de Entrada de Beneficiários em Planos Coletivos: Doenças e Lesões Preexistentes*.

De antemão, requer que as contribuições a seguir sejam analisadas e acatadas, pois se acredita fielmente que elas têm um único objetivo: aprimorar o setor de saúde suplementar brasileiro.

- 1- Lapso temporal prévio à vigência do contrato para avaliação da existência de doenças ou lesões preexistentes, qual o prazo razoável para esta verificação?

Acredita-se ser fundamental a existência de um prazo, entre a assinatura da proposta contratual e o início de vigência contratual, para que seja avaliada a existência de doenças e lesões preexistentes, entre outros esclarecimentos.



Membro da Aliança  
Cooperativa Internacional

“Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.”  
Roberto Rodrigues



Esse prazo deve ser de 30 dias e permitirá ao beneficiário preencher a declaração de saúde com a presença do médico (se assim ele optar), realização de perícias, prestação de esclarecimentos, emissão de carteiras de atendimento, eventuais inclusões do beneficiário em programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, entre outras questões. Além disso, esse lapso temporal evitará que o cliente faça um contrato e em seguida peça uma internação em caráter de urgência, resguardando assim o princípio da boa fé contratual.

## **2- Identificada a necessidade de qualificar a entrada do consumidor no plano de saúde, quem deveria orientar o consumidor neste ato?**

A orientação inicial sobre o plano de saúde que será adquirido, bem como explicações gerais sobre a necessidade de preenchimento da declaração de saúde, será realizada pelo corretor ou vendedor credenciado pela operadora.

No preenchimento da declaração de saúde e após a leitura da *Carta de Orientação ao Beneficiário*, se o beneficiário optar pela Entrevista Qualificada, ele terá o direito de ser orientado por médico da operadora. É uma opção dele, ser orientado ou não por médico, e a operadora deve garantir a Entrevista Qualificada com o profissional caso seja essa ser sua opção.

A operadora não pode, contudo, obrigar o beneficiário a passar pro (por) Entrevista Qualificada se essa não for sua opção, sob pena de caracterização de constrangimento ilegal.

## **3- A previsão de questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos na Declaração de Saúde pode auxiliar o consumidor a reconhecer a existência de doenças ou lesões?**

Sim, sem dúvida. Até porque a maior parte dos beneficiários não possui conhecimento técnico necessário para identificar doenças e lesões preexistentes. Além disso, determinados hábitos de vida podem acarretar o surgimento de doenças que o beneficiário ainda não diagnosticou, até



por não ter o conhecimento técnico para tanto. O cliente não é médico para fazer diagnóstico, mas muitas vezes possui sintomas e sinais importantes que são característicos de doenças. Por exemplo, tosse crônica, febre vespertina e emagrecimento, sugestivos de Tuberculose Pulmonar. Também deve haver previsão legal da possibilidade de constar na declaração de saúde peso e altura, com o objetivo de calcular o IMC - Índice de Massa Corporal.

#### **4- Há necessidade de realização da perícia para a verificação da existência de doença ou lesão preexistente?**

Sem dúvida alguma. A realização da perícia é fundamental na identificação de algumas doenças ou lesões que o beneficiário possua. Obviamente não é suficiente para identificar toda e qualquer doença ou lesão preexistente, mas trata-se de uma ferramenta capital em algumas situações, especialmente em casos onde o beneficiário assegura já ter se curado de alguma patologia que recente foi acometido. A perícia não pode ser obrigatória, conforme já defendemos na reunião anterior. Mas pode ser utilizada quando necessário esclarecimento de dúvidas.

Também deve estar prevista na legislação a possibilidade da operadora exigir a apresentação de exames prévios e recentes (defasagem de no máximo um mês) ou invés da realização da perícia (desde que os exames fossem os mesmos que eventualmente seriam solicitados na perícia).

#### **5- O que ocorreria se o consumidor não concordasse em se submeter à entrevista qualificada ou à perícia?**

Entrevista Qualificada: deve ser tratado como um direito do beneficiário realizar ou não a entrevista qualificada.

Perícia: A recusa do beneficiário em se submeter à perícia deve ser tratada como presunção de culpa/má-fé, podendo a operadora recusar o seu ingresso no plano de saúde. Vale lembrar que nenhuma operadora realiza perícia em todas as inclusões, até mesmos pelos custos inerentes. Ela somente é realizada em casos de dúvidas.



Pode o beneficiário indicar um perito assistente para acompanhar a perícia e em caso de dúvida um terceiro perito escolhido de comum acordo entre as partes.

#### **6- Extinção do processo administrativo para comprovação de fraude/omissão do beneficiário no preenchimento da declaração de saúde:**

A Unimed do Brasil entende ser possível o a extinção do processo administrativo para a comprovação de Doença e Lesão Preexistente, desde que diante de casos evidentes de omissão de DLP por parte dos beneficiários, a operadora possa rescindir o contrato por fraude, tal como previsto no artigo 11 da Lei 9656/98. Tal dispositivo, aliás, não exige qualquer processo administrativo.

Caberá à fiscalização da ANS checar, em casos de reclamação do beneficiário, se a exclusão foi irregular ou não, e aplicar sanções em caso de rescisão irregular. Nenhuma operadora vai rescindir um contrato e se sujeitar a sanções se não tiver certeza da fraude cometida na declaração de saúde.

Caso seja mantido o processo administrativo, contudo, que ele seja célere, diferentemente da letargia que o caracteriza atualmente, que traz insegurança jurídica para a operadora e para o beneficiário.

#### **7- Arquivamento do processo administrativo referente à DLP em função do cancelamento ou exclusão do beneficiário do contrato do plano:**

A Unimed do Brasil é contrária a esse arquivamento. Seria a legalização da fraude: o beneficiário omitiria a DLP, faria os procedimentos necessários no plano de saúde, e depois simplesmente sairia do plano. E a operadora ficaria com a despesa, sem contar sequer com o reconhecimento formal da ANS de que houve a fraude, para tentar se recuperar na justiça.



Se existir o processo administrativo, que ele seja julgado até o fim. A operadora necessita da decisão da ANS para tentar recuperar os prejuízos decorrentes da fraude.

## **8- Cenário I proposto pela ANS para o ingresso dos beneficiários em planos de saúde:**

A primeira crítica ao cenário, já ressaltada anteriormente, se refere à obrigatoriedade de realização da Entrevista Qualificada. A opção de se fazê-la, ou não, deve ser uma opção do consumidor. Nada pode impedir o beneficiário de preencher a declaração de saúde sem a presença do médico, se assim ele desejar.

Além disso, sua obrigatoriedade impactará em burocratização do processo de venda e de um aumento de um custo inicial da operadora - disponibilização de médicos, antes mesmo do ingresso do beneficiário.

Em suma: a adoção do cenário, tal como proposto, impactará no aumento dos custos da operadora e na redução de vendas. Além de praticamente extinguir a profissão do corretor ou vendedor do plano de saúde, já que o interessado em adquirir o plano de saúde deverá procurar inicialmente a operadora, para agendar a Entrevista Qualificada.

Por fim, tal como já manifestado anteriormente, o prazo de 10 dias proposto para início de vigência do plano individual é exíguo. Reitera-se que deve ser ampliado para 30 dias.

## **9- Cenário II proposto pela ANS para o ingresso dos beneficiários em planos de saúde:**

Nos planos coletivos empresariais quem encaminha a relação inicial dos beneficiários que farão parte do plano de saúde é a empresa contratante, muitas vezes *on line*, via *software* com este fim. É imperioso que esse tipo de prática seja prevista na legislação, sob pena de retrocesso tecnológico e burocratização.

Nos planos coletivos por adesão, ainda que exista a necessidade de preenchimento de ficha/proposta de adesão, esse preenchimento deve ser realizado também de forma *on line*, a pedido da administradora ou operadora.



Em ambos os casos, a realização de Entrevista Qualificada deverá ser uma opção do beneficiário, sob pena de burocratização do processo e aumento do custo inicial da operadora.

Também devem estar presentes os casos, já previstos na RN nº 195/09, em que a declaração de saúde sequer pode ser realizada em contratos coletivos empresariais e/ou adesão.

#### **10- Responsabilização das Administradoras de Benefícios no ingresso de beneficiários:**

A legislação deve definir de forma clara qual a função que as administradoras de benefícios desempenham/desempenharão na admissão de beneficiários, especialmente em relação à sua elegibilidade e da condição de portadores de alguma DLP.

Hoje não está claro na legislação, sequer, se a verificação das condições de saúde (Declaração de Saúde) pode ser transferida ou não para as administradoras de benefícios e, tampouco, as responsabilidades delas neste processo.

#### **11- Gestantes:**

A ANS terá uma oportunidade única de definir direitos, deveres e responsabilidades tanto das mulheres que ingressam grávidas no plano de saúde, quanto das operadoras que as recebem, especialmente em relação à cobertura obstétrica. Também de corrigir a falha existente hoje que permite a grávida mudar de plano de enfermaria para outro superior e ter somente 6 meses de carência. A cliente hoje pode comprar um plano enfermaria e ao saber que está em dois meses de gravidez fazer a mudança para um plano que dá direito a internação em apto de hospital de alto custo e cumprir somente seis meses de carência, ganhar e bebê e em seguida pedir para cancelar o plano.

#### **12- Taxa de Adesão:**

Por fim, que a cobrança da taxa de cadastro possa ser exigida tanto pelas operadoras de plano de saúde, quanto pelas administradoras. A permissão só para as administradoras de benefícios nos parece uma incoerência e ofensa à igualdade.



Nos casos em que não há administradoras de beneficiários intermediando os contratos, como ocorre em todos os planos individuais e na maior parte dos contratos coletivos empresariais, a taxa de adesão poderia sim ser exigida pelas operadoras, como forma de remuneração pelos custos de emissão de carteirinhas, cadastro, entre outras despesas intrínsecas.

São essas nossas contribuições, congratulando este órgão regulador pela realização desta câmara técnica.

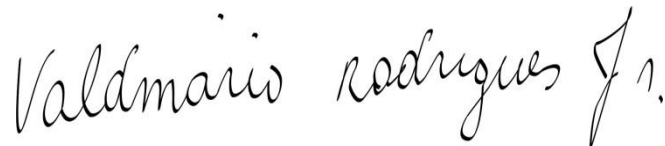
At.



---

Dr. Eudes de Freitas Aquino

Presidente



---

Dr. Valdmário Rodrigues Júnior

Diretor de Integração Cooperativista e Mercado

