



Ofício nº 78/2020

Itajaí, 19 de maio de 2020.

Prezado cliente!

Comunicado: Atualizações Legais do Plano de Saúde Decorrentes de Normas da ANS.

Comunicamos as alterações abaixo, que passam a ser asseguradas ao senhor(a) e aos dependentes inscritos no plano, mesmo que não estejam dispostas na redação do vosso contrato. As alterações são decorrentes de novas normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que se aplicam aos contratos celebrados a partir de janeiro de 1999 e adaptados.

1) **Súmula Normativa nº 25 de 13 de setembro de 2012**, que estabelece condições especiais para isenção e/ou aproveitamento de carências já cumpridas pelo titular, a serem observadas na inscrição de recém-nascidos: filho natural, adotado, sob guarda, tutela e aproveitamento de carências na inscrição do menor de 12 anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente. Abaixo algumas condições:

- a) A inscrição deve ser requerida no prazo de 30 dias contados do ato: nascimento, adoção, guarda, tutela ou reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade;
- b) Recém-nascido não possui carências quando o pai ou a mãe já cumpriram o prazo de carência máxima de 180 dias;
- c) Recém-nascido terá direito ao aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
- d) Menor de 12 anos adotado, ou sob guarda ou tutela: terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
- e) Menor de 12 anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente: terá aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
- f) Se inscritos dentro do prazo de 30 dias a que se refere, contra os referidos dependentes não caberá análise de doenças ou lesões preexistentes;

2) A **Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013**, estabeleceu a lista de procedimentos que passaram a ter cobertura pelo plano de saúde a partir de janeiro/2014. No atendimento sempre será observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento. Dentre as novas coberturas incluídas destacamos:

- 28 cirurgias Videolaparoscopia;
- Nova técnica de radioterapia para tumores de cabeça e pescoço (IMRT);
- Terapia antineoplásica oral de uso domiciliar (37 medicamentos com diretriz de utilização) e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico);



- Consulta com Fisioterapeuta (Rol anterior previa apenas sessão/ tratamento).

Ainda, em entendimento à Resolução Normativa nº 338, não haverá mais cobrança de coparticipação nas internações psiquiátricas, quando ultrapassados o prazo de 30 dias nos 12 (doze) meses de vigência do contrato. Com exceção aos planos que preveem coparticipação nas demais internações.

3) A **Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015**, estabeleceu a lista de procedimentos que passaram a ter cobertura pelo plano de saúde a partir de janeiro/2016. No atendimento sempre será observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento. Dentre as novas coberturas incluídas destacamos:

- Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada;
- Pantofotocoagulação a laser na retinopatia da prematuridade;
- Prótese auditiva ancorada em osso (com diretriz de utilização);
- Termoterapia transpupilar a laser (com diretriz de utilização);
- Tratamento da hiperatividade vesical: injeção intravesical de toxina botulínica;
- Implante de cardiodesfibrilador multissítio – trc-d (gerador e eletrodos) – com diretriz de utilização;
- Implante de monitor de eventos (looper implantável) - com diretriz de utilização;
- HLA B27, Fenotipagem;
- Anticorpos anti peptídeo cíclico citrulinado - IGG (anti CCP);
- Antígeno NS1 do vírus da dengue, pesquisa.

A relação completa dos procedimentos que passaram a ter cobertura a partir de 02 de janeiro de 2016, respeitada a segmentação de cobertura do plano e períodos de carências, estão disponíveis no site da ANS, no link: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir>

4) **Resolução Normativa nº 347, de 2 de abril de 2014**, que dispõe sobre a cobertura de remoção terrestre de beneficiários que já tenham cumprido o período de carência, cujos contratos possuem segmentação hospitalar, observadas as seguintes condições:

DENTRO da área de abrangência do plano e mediante indicação do médico assistente

- a) De um Hospital ou Pronto Atendimento do SUS.

Para Hospital da Rede

- b) De um Hospital ou Pronto Atendimento particular, não integrante da rede da operadora.

- c) De um Hospital ou Pronto Atendimento da Rede: na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem.

- d) De uma clínica ou consultório: em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospital ou pronto atendimento no local onde o paciente foi atendido. (RN 259).



FORA da área de abrangência do plano e mediante indicação do médico assistente

a) Do Hospital ou Pronto Atendimento SUS

Para Hospital da Rede, na área de abrangência do plano, desde que:

- o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de abrangência do seu plano.
- nos termos da RN 259, em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospital ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano.

b) Do Hospital ou Pronto Atendimento Particular (não integrante da rede)

NÃO SERÁ OBRIGATÓRIA a Remoção

- De local público ou privado que não seja unidade hospitalar ou Pronto Atendimento, tais como consultórios e clínicas, ressalvados as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores, conforme previsto nos art. 4º, 5º e 6º da RN 259.
 - De Hospital ou Pronto Atendimento da Rede, dentro da área de abrangência do plano.
- Para hospital Privado.

5) **Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011**, que dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários, comunicamos abaixo as regras a serem observadas em caso de dificuldades no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço e reembolso.

Dificuldade de Agendamento: Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, para o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;

b) A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à CONTRATADA.

Reembolso: O direito ao reembolso de atendimento somente será assegurado nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

I. Reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência:



a) Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

b) O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

II. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme regras abaixo:

a) Atendimento de urgência ou emergência: O município onde foi realizado o atendimento deve fazer parte da área de abrangência e atuação do plano. Na solicitação do reembolso deve ser apresentada documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal com CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento) e declaração do médico assistente comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência.

b) Atendimento eletivo: o direito ao reembolso será assegurado quando atendidos os critérios abaixo e quando realizado em município que faça parte da área de abrangência e atuação do plano:

1. A necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano, tenha sido previamente comunicado à CONTRATADA através dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, pelo beneficiário ou seu responsável; e

2. A CONTRATADA não efetuado agendamento no prazo legal estabelecido para o procedimento na Resolução Normativa nº 259 da ANS.

3. Na solicitação do reembolso seja apresentada documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal com CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento) e número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação do contrato original.

6) Em atendimento a **Resolução Normativa n. 365 de 11 de dezembro de 2014**, informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do seu plano ficarão disponíveis no endereço <https://www.unimed.coop.br/pct/rede-credenciada/> e por meio do telefone da Central de Atendimento



informado no verso do cartão.

7) Conforme **Resolução Normativa n. 186, de 14 de janeiro de 2009**, o beneficiário dependente inscrito no plano, que perder a condição de dependência, poderá exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontadas os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumpridas no contrato de origem.

8) Em conformidade com o disposto na **Resolução Normativa n. 295, de 9 de maio de 2012** e Instrução Normativa 1.610/2016 da Receita Federal, o CONTRATANTE deverá informar a CONTRATADA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano que completarem 14 anos. A informação é necessária para que não haja divergência entre a declaração de imposto de renda pessoa física do CONTRATANTE e informações encaminhadas pela Unimed à Receita Federal. A informação poderá ser comunicada através do endereço <https://www.unimed.coop.br/web/litoral/portal-do-cliente>.

9) A **Resolução Normativa nº 389 de 26 de novembro de 2015**, trata da disponibilização de informações obrigatórias aos beneficiários de planos de saúde com acesso individualizado para titulares e dependente através de login e senha no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS. Neste espaço estão disponíveis informações cadastrais do plano, extrato da utilização dos serviços e acesso disponível no endereço eletrônico: www.unimedlitoral.com.br/plano.

Também está disponível no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS a Tabela de Referência de Coparticipação, válida aos contratantes de planos que possuem coparticipação como fator moderador de uso do plano. Além de acesso a 2ª via do boleto, atualização cadastral, Demonstrativo de Imposto de Renda, dentre outros.

10) A **Resolução Normativa nº 395 de 14 de janeiro de 2016**, define regras a serem observadas pelas Operadoras no atendimento prestado aos beneficiários de forma presencial ou telefônico, referente a informações sobre cobertura ou contrato e nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial. Definir prazo para retorno e fornecimento do protocolo de atendimento. Seguem abaixo os nossos canais de atendimento:

- **SAC:** Serviço de Atendimento ao Cliente de primeira instância que pode ser contatado por meio de: atendimento telefônico gratuito com funcionamento 24 horas nos 7 dias da semana, conforme número de telefone informado no verso do seu cartão **0800 47 2100**, e-mail falecom@unimedlitoral.com.br e chat online para deficientes auditivos e de fala no endereço eletrônico: www.unimedlitoral.com.br.
- **Correspondências:** as demandas por meio de carta podem ser remetidas à



CONTRATADA no endereço da sede: Av. Coronel Marcos Konder, nº 1233 – Centro – Itajaí/SC – CEP: 88301-303.

- **Ouvidoria:** tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação. Pode ser contatado pelo telefone 0800 47 2100, pelo e-mail ouvidoria@unimedlitoral.com.br e no endereço eletrônico: www.unimedlitoral.com.br.

11) A **Resolução Normativa nº 412 de 10 de novembro de 2016**, estabelece as regras para a solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar e a exclusão de beneficiários a pedido do titular. O pedido tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora, através dos canais de atendimento abaixo indicados. Portanto, a reativação em caso de arrependimento não será possível.

- **SAC:** conforme número de telefone informado no verso do seu cartão;
- **Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS:** disponível no endereço eletrônico: www.unimedlitoral.com.br/plano;
- **Presencial:** no endereço da Unimed onde foi feita a contratação do plano de saúde.

A partir da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário é proibida a utilização do plano de saúde, inclusive para os procedimentos agendados e autorizados previamente pela operadora, bem como os casos de urgência ou emergência. Na eventualidade de uso, o pagamento de tais despesas serão de responsabilidade do beneficiário.

Para demais informações consulte no Portal da Operadora sobre as consequências do cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiários do plano de saúde, disponível no endereço eletrônico: www.unimed.coop.br/web/litoral/noticias/cancelamento-do-plano-rn-412.

12) A **Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017**, estabelece as regras para a realização de junta médica ou odontológica para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde solicitado pelo médico assistente do beneficiário. A junta médica deve ser aplicada em caso de divergência de opinião entre médico da operadora e o médico assistente, onde a definição caberá a um terceiro profissional médico escolhido para atuar como desempatador. Todos os envolvidos no processo serão devidamente informados conforme segue:

- a) O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente serão devidamente notificados pela CONTRATADA sobre a abertura do processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a opinar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à



indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.

- b) Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.
- c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.
- d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.
- e) O parecer do desempatador será acatado pela CONTRATADA, desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento.
- f) É de responsabilidade da CONTRATADA custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do profissional da terceira opinião, exames complementares, custos de deslocamento e estadia para realização da junta médica presencial, dentre outros relativos exclusivamente ao processo de junta médica, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

13) A **Resolução Normativa nº 428, de 07 de novembro de 2017**, atualizou a lista de procedimentos que passaram a ter cobertura pelo plano de saúde a partir de 02 de janeiro de 2018. Além da inclusão de novos procedimentos, a ANS também ampliou coberturas alterando as Diretrizes de Utilização (DUT) de procedimentos já existente.

Esclarecemos que no momento do atendimento será observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitada a segmentação de cobertura do plano e períodos de carências.

Consta no Rol de Procedimentos e Eventos a relação completa dos procedimentos incorporados ao Rol que passam a ter cobertura a partir de 02 de janeiro de 2018.



14) A **Resolução Normativa nº 438 de 03 de dezembro de 2018**, altera e amplia o exercício de portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Esclarecemos que a portabilidade de carências é a possibilidade do beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou outra operadora, sem cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, exceto quando: houver prazos remanescentes (descontados os períodos de permanência no plano origem); e carência integral para cobertura superior ao do plano origem, bem como, a análise de doença e lesão preexiste.

O beneficiário poderá ir e vir para qualquer tipo de contratação, seja individual ou familiar; coletivo empresarial ou coletivo por adesão. Dentre as regras estabelecidas para o exercício da portabilidade, é necessário que o beneficiário comprove a adimplência e que esteja ativo na Operadora de Origem, bem como atender aos requisitos de tempo mínimo de permanência e a compatibilidade de faixa de preço.

Nas situações de perda de vínculo, abaixo listadas, o beneficiário fica dispensado de cumprir alguns requisitos para efetuar a portabilidade de carências.

- O beneficiário perdeu a condição de dependente no plano do titular;
- O titular do plano faleceu;
- O titular foi desligado da empresa (por demissão com ou sem justa causa, exoneração, aposentadoria, ou pediu demissão);
- No término do benefício do plano de ex-empregado;
- Plano coletivo foi cancelado pela Operadora ou pela Pessoa Jurídica Contratante (Empresa ou Associação).

Os beneficiários serão notificados pela Operadora Origem sobre o direito à portabilidade de carências, podendo ser exercida no prazo de 60 dias do recebimento do comunicado.

Nas situações de portabilidade determinada pela ANS, o prazo de 60 dias é a partir da publicação da Resolução Operacional pela ANS.

Esclarecemos ainda, que na contratação por portabilidade de carências, o início de vigência do contrato se dará a partir da comunicação de aceite pela Operadora. O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado ao beneficiário no prazo de até 10 dias corridos, contados a partir do pedido de portabilidade.

Quando o beneficiário se encontrar ativo na operadora origem, caberá a este requerer a rescisão do contrato ou vínculo de beneficiário no plano origem, para que possa usufruir dos direitos assegurados no exercício da portabilidade de carências, nos termos da legislação vigente.

Caberá ao beneficiário apresentar no prazo estabelecido pela Operadora o pedido de cancelamento do seu contrato ou vínculo do plano de saúde com a operadora origem. **A**



não comprovação do cancelamento no prazo estabelecido, descaracteriza o exercício da portabilidade de carências, evidenciando uma nova inscrição no plano de saúde, ocasião na qual passará a ser devido o cumprimento integral dos períodos de carências, previstos na cláusula PERÍODOS DE CARÊNCIA, e a análise de doenças e lesões preexistentes com aplicação de Cobertura Parcial Temporária, previsto na cláusula DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, quando cabível.

A portabilidade de carências NÃO poderá ser exercida nos casos em que o(s) beneficiário(s) estiver(em) em período de internação, exceto quando se tratar de portabilidade por perda de vínculo ou determinada pela ANS, nos termos da legislação em vigor.

15) A **Instrução Normativa nº 1760 de 16 de novembro de 2017 da Receita Federal do Brasil (RFB)**: Estabelece que estão obrigadas a inscrever-se no CPF as pessoas físicas que constem como dependentes para fins do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física.

Deste modo, é de responsabilidade do beneficiário titular informar quaisquer alterações nos seus dados cadastrais e/ou dos seus dependentes.

16) A **Lei 13.770 de 19 de dezembro de 2018**, dispõe sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

A cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo a simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar;

Sendo o que consta para o momento, colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, através do telefone 0800 47 2100.

Atenciosamente,
Unimed Litoral.