

	INSTRUÇÃO	Código: PA08-IT05 Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026
	GERIR CADASTRO DO ASSOCIADO NO PLANO DE SAÚDE	Página: 1/4

1. OBJETIVO

Descrever as atividades para realizar cadastro, alteração, exclusão e movimentações de associados em plano de saúde, incluindo análise de carência, portabilidade, encaminhamento à corretora e comunicação ao associado.

NOTA 1:

- Onde se lê DOCUMENTO interpreta-se INFORMAÇÃO DOCUMENTADA MANTIDA
- Onde se lê REGISTRO interpreta-se INFORMAÇÃO DOCUMENTADA RETIDA
- Onde se lê PRESTADOR interpreta-se PROVEDOR EXTERNO

3. DETALHAMENTO DO PROCESSO

3.1 GERIR CADASTRO DO ASSOCIADO NO PLANO DE SAÚDE

Associado solicita informações quanto às condições, para adesão (valores e cobertura do plano médico), exclusão, mudança de padrão, exclusão ou óbito. Para tais solicitações o departamento Médico deve encaminhar o formulário PA08- FO03, ao associado ou ao responsável no caso de óbito.

3.1.1 ADESÃO/ELEGIBILIDADE

Quando a solicitação for de adesão ao plano, a equipe do Departamento Médico deve encaminhar ao Associado o formulário PA08-FO03 – Documentação de Adesão da Operadora (registro controlado no processo PA08 – Médico), para preenchimento.

O Associado deverá preencher o formulário PA08-FO03, anexar a Declaração de Saúde e os documentos obrigatórios (CPF, RG, comprovante de residência, certidões de nascimento e de casamento, quando aplicável) e encaminhar toda a documentação ao departamento Médico para conferência.

Após o recebimento do formulário devidamente preenchido e da documentação exigida, a equipe do departamento Médico deve analisar as informações apresentadas e estando conforme, encaminhar à operadora de saúde.

Caso a operadora identifique restrições de cobertura (carências), o associado deve ser formalmente comunicado. A manifestação do Associado quanto ao aceite ou à recusa das restrições deverá ser encaminhada obrigatoriamente por e-mail.

Se o Associado aceitar as restrições (carências), o departamento Médico deverá comunicar a operadora, por meio eletrônico, para que seja dada continuidade ao processo de inclusão no plano. Caso o Associado não aceite as restrições, a solicitação de adesão deverá ser arquivada, encerrando-se o processo.

3.1.1.1 CONFERÊNCIA DA DOCUMENTAÇÃO ENVIADO PELA OPERADORA

Feito o cadastro no plano de saúde e recebido os cartões, a equipe do departamento Médico, deverá conferir os dados contidos no cartão (plano, data de nascimento, nome e vencimento) e, estando corretos, remeter para o associado.

	INSTRUÇÃO	Código: PA08-IT05 Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026
	GERIR CADASTRO DO ASSOCIADO NO PLANO DE SAÚDE	Página: 2/4

3.1.1.2 COMUNICA O ASSOCIADO SOBRE A INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE

Feito o cadastro no plano de saúde, a equipe do departamento Médico, deve conferir os dados contidos na base de dados da operadora (ex.: plano, data de nascimento, nome e vencimento) e, estando corretos, comunicar o associado. Abaixo seguem as regras para adesão, dependendo da situação em que está sendo solicitada a adesão:

- a) **Ingresso na carreira:** momento em que o associado terá 90 (noventa) dias para aderir ao plano da AMIL ou 30 (trinta) dias para aderir, há um dos planos (Unimed) oferecidos pelas regionais sem cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- b) **Portabilidade:** associado que tiver mais de dois anos no plano (se for o primeiro pedido de portabilidade) ou um ano (se for o segundo pedido de portabilidade) em plano regulamento a Lei 9.656-98 e que tenha compatibilidade de rede médica hospitalar com o plano de destino, oferecido pela APMP, poderá fazer a portabilidade e ficar isento de carência e ou Cobertura Parcial Temporária – CPT; para isso, o associado tem de enviar para o setor médico a carta de portabilidade, os três últimos boletos pagos; de posse desses documentos, o setor médico da APMP irá fazer a consulta no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar e verificar se há compatibilidade, em caso positivo, será enviado para o interessado os formulários para cadastro junto a operadora de destino;
- c) **Campanha de Adesão:** Os contratos COLETIVOS por ADESÃO, no mês de aniversário, obrigatoriamente tem de abrir a campanha de adesão para novos associados/interessados em aderir ao plano sem o cumprimento das carências contratuais (180 dias para internação, cirurgia e ou procedimentos/exames de alta complexidade); não afastando, para tanto, as restrições relacionadas a Cobertura Parcial Temporária que irá restringir o uso do plano para tratamento (internação, cirurgia ou exame de alta complexidade) das doenças preexistentes – CPT. Pelo período de 720 dias a contar da data de vigência ao plano;
- d) **Recém Casado / filho recém nascido /filho adotado:** poderão aderir ao plano, na condição de dependente, sem carência e ou Cobertura Parcial Temporária, contanto que manifeste o interesse em até 30 dias a contar do evento; após este período a adesão poderá ocorrer mas as restrições contratuais (Carência e CPT) lhe serão imputadas. Diante disso e para evitar a perda de prazo, pede-se para que o associado envie toda a documentação probatória com antecedências de até 10 dias do prazo informado.
- e) **Adesão a qualquer tempo:** O associado e ou dependente que não tenha plano de saúde vigente ou compatível com aqueles oferecidos pela APMP, tenha ultrapassado os prazos acima descritos, ainda poderá aderir ao plano na condição de titular (Promotor ou Procurador de Justiça); dependente (cônjuge, filho(a), enteado(a)) ou agregado (neto(a), filho(a)/enteado(a) maior de 24 anos; genro ou nora até 48 anos) contanto que cumpra as carências contratuais (30 dias consultas e exames simples; 180 dias internação, cirurgia e exames de alta complexidade - e a cobertura parcial temporária de 720 dias para as doenças pré existentes.

3.1.2 ASSOCIADO SEM PLANO DE SAÚDE

Quando o associado já possui vínculo com a APMP, mas ainda não está cadastrado no plano de saúde, deve-se solicitar o preenchimento do formulário próprio da operadora (Amil e ou Unimed). Com o formulário preenchido, a demanda também segue para análise de carência do plano, que deve ser informada ao associado, que pode ou não aceitar a carência.

	INSTRUÇÃO	Código: PA08-IT05 Revisão: 5.0 Publicação: 27/07/2026
	GERIR CADASTRO DO ASSOCIADO NO PLANO DE SAÚDE	Página: 3/4

3.1.2.1 ANÁLISE DE CARÊNCIA, PROPOSTA E DOCUMENTOS

Nos casos de adesão ao plano de saúde, a equipe deve verificar se a situação está sem carência ou com carência. Quando estiver sem carência, devem ser observadas as condições até 30 dias após formalização de casamento, nascimento, ou adoção; até 90 dias após o ato de formalização de ingresso na carreira e mês devigência deve ser junho. Quando houver com carência, a demanda segue diretamente para a apresentação da proposta.

Após apresentar proposta, a equipe deve verificar se o associado aceita a proposta. Quando a proposta não for aceita, o processo é encerrado. Quando a proposta for aceita, a equipe deve aguardar a documentação enviada pelo associado e, em seguida, analisar os documentos enviados.

Ao analisar a documentação, deve ser verificada a condição de portabilidade de plano. Quando houver portabilidade, a equipe deve analisar portabilidade com base na guia de portabilidade. Quando não houver portabilidade, a demanda segue para documentos validados. Em seguida, a equipe deve encaminhar a documentação do associado para a corretora. O encaminhamento ocorre por e-mail e a equipe deve aguardar a resposta da corretora, com informação sobre carência e o nº da carteira.

Com a resposta da corretora, a equipe deve providenciar o cadastro do associado nos sistema RUMO, observando a informação nº da carteira, e enviar confirmação para o associado. Nessa comunicação, o associado recebe os dados referentes ao cadastro e informações sobre o APP.

Depois de enviar confirmação para o associado, a equipe deve verificar a situação final. Quando se tratar de plano de saúde novo, deve aguardar o 1º pagamento do associado mediante comprovante de pagamento. Depois, deve encaminhar extrato do pagamento com a indicação declaração encaminhada ao associado.

3.2 ALTERAÇÃO DE PADRÃO

Quando a necessidade for alteração de padrão, a equipe deve observar a indicação e solicitar preenchimento de formulário alteração de plano. Após essa etapa, deve verificar se o pedido corresponde a upgrade ou downgrade.

No caso de upgrade, o pedido só pode ser feito no mês de aniversário do contrato (junho) onde o associado deve preencher o formulário (mudança de plano) e enviar para o setor médico processar o pedido que irá vigorar no 1 dia do mês seguinte (julho).

No caso de downgrade, a equipe deve verificar a condição internação nos últimos 12 meses. Quando for possível prosseguir, a demanda segue para analisar carência do plano. Quando não for possível prosseguir, a equipe deve informar ao associado que não é possível, e o processo é encerrado com alteração recusada.

OBS: Os demais pedidos (inclusão, exclusão e alteração) deverão ser efetuados de maneira expressa, não podendo, em hipótese alguma ser aceitos pedidos verbais.

3.3 EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

Quando a solicitação for de exclusão do plano, a equipe deve inicialmente verificar se o motivo da exclusão decorre de óbito do titular.

Não se tratando de óbito, a equipe deve enviar o formulário exclusão no plano ao associado e solicitar o preenchimento. Após o recebimento da documentação, o Analista do departamento Médico deve analisar os dados, encaminhar a solicitação à corretora e aguardar a confirmação da exclusão.

Recebida a confirmação da corretora, o Analista deve informar o Associado, realizar a exclusão associado do cadastro, no sistema RUMO e encerrar o processo.

Quando a exclusão decorrer de óbito do titular, a equipe deve solicitar o envio da certidão de óbito por e-mail e verificar se a comunicação ocorreu em até 60 dias da data do óbito. Caso o prazo seja superior a 60 dias, o processo é encerrado com a negativa da transferência de titularidade.

Caso a comunicação ocorra dentro do prazo de 60 dias, a equipe deve realizar a alteração da titularidade, encaminhar a documentação à corretora para as providências cabíveis e prosseguir com a conclusão do processo.

No caso de óbito de titular, o POUPETEMPO irá processar a inclusão da pensionista no quadro de associados da APMP, colher a assinatura da diretoria, após enviar a documentação para o setor médico providenciar a troca de titularidade.

4. CONTROLE DA INFORMAÇÃO DOCUMENTADA RETIDA

Identificação/ Nome	Distribuição	Armazenamento				Uso	Controle de alteração	Tempo de Retenção (mínimo)		Destinação Final
		Acesso	Forma	Preservação	Recuperação			Arquivo Vivo	Arquivo Morto	
FO03 - Formulário da Operadora de Saúde	Médico	Rede interna Medico	Eletrônica	Backup diário	Por nome	Interno	Conforme PG18-FO01	Enquanto for associado	10 anos	Deletar
Teams (plataforma eletrônica)	Médico	Rede interna Medico	Eletrônica	Backup Diário	Por número de ofício	Interno	Conforme PG18-FO01	Enquanto em uso	Enquanto em uso da plataforma	Desinstalação

5. HISTÓRICO DAS REVISÕES

Revisão Nº	Data	Descrição
0.0	28/03/2014	Elaboração do documento
1.0	31/07/2014	Revisão geral
2.0	31/07/2017	Revisão geral.
3.0	20/07/2018	Revisão geral devido implantação do Trello
4.0	28/08/2023	Revisão geral devida a mudança de plataforma Trello para Teams.
5.0	27/07/2026	Revisão geral do documento

6. APROVAÇÕES

Elaborado / Revisado por:	Aprovado por:
Analista Administrativo/ Auditor(a) de Processos	Gerente Executivo do Setor Médico