



PLANOS DE SAÚDE

INFORMAÇÕES PARA O CONSUMIDOR QUE CONTRATAR OU JÁ CONTRATOU
UM PLANO OU SEGURO SAÚDE E COMO MANTÊ-LO

WWW.NAKANOSADVOGADOS.COM.BR | (11) 3253-9010



Dra. Claudia Nakano

Advogada Especializada na Área da Saúde em Defesa do Paciente.

Pós-graduada em Direito Civil e Processual Civil e Direito Médico, Hospitalar e Odontológico pela EPD – Escola Paulista de Direito;

Presidente da Comissão de Saúde Pública e Suplementar;

Membro das Comissões de Direito do Consumidor, Saúde, Planos de Saúde e Odontológico da OAB/SP – Ordem dos Advogados do Brasil, São Paulo, Seccional Santana/SP.

SUMÁRIO

Quem é a ANS?	pág. 4
O que é preciso saber para contratar um plano de saúde?	pág. 4
1º passo	pág. 4
2º passo	pág.
4	
3º passo	pág. 4
4º passo	pág. 4
5º passo	pág. 5
6º passo	pág. 5
7º passo	pág.
5	
8º passo	pág. 5
9º passo	pág. 5
10º passo	pág. 5
Verificar quando o plano foi contratado	pág. 6
Cobertura assistencial	pág. 6
Atendimento de urgência e emergência	pág. 6
Atendimento de urgência e emergência para o plano hospitalar	pág. 7
Atendimento de urgência e emergência para o plano com obstétrica	pág. 7
Atendimento de urgência e emergência para o plano ambulatorial	pág. 7
Atendimento de urgência e emergência para o plano odontológico	pág. 7
Atendimento de urgência e emergência para o plano referência	pág. 7
Prazos de atendimento	pág. 8
Limitação nos atendimentos	pág. 8
Inclusão do filho recém-nascido no plano de saúde	pág. 8
Doenças pré existentes	pág. 9
Tabela da faixa etária	pág. 9
Cheque caução	pág. 10
Cancelamento do plano de saúde	pág. 10
Portabilidade	pág. 11
Portabilidade especial	pág. 11
Direitos dos beneficiários de planos de saúde	pág. 12

Quem é a ANS?

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável pelos planos de saúde no Brasil todo, atuando na regulação, normatização, controle e fiscalização. O nome da agência segue o complemento “suplementar”, pois se refere aos serviços de saúde particular por operadoras de saúde que cobram mensalidades de seus beneficiários. A principal tarefa da ANS é criar um equilíbrio entre o consumidor, a operadora de saúde e o prestador de serviço visando o interesse público. O que é preciso saber para contratar um plano de saúde?



1º passo:

O primeiro passo é avaliar quem será o titular do plano e se haverá dependentes. Diante disto, o consumidor deverá optar pelos vários tipos de planos de saúde: individuais, familiares ou coletivos. O plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma empresa, sindicato ou associação. Os demais, o próprio nome já os esclarece.

2º passo

O beneficiário deve verificar quais são as necessidades da contratação. Depois de analisado o número de pessoas a usufruir os serviços do plano ou seguro saúde, é necessário constatar as idades e quais são as condições de saúde de cada participante.

3º passo

Verificar, também, quais são os tipos de atendimento que os Interessados precisarão e qual será o valor disponibilizado mensalmente.

4º passo

Os planos de saúde são divididos em:

- 1) Ambulatoriais para consultas, inclusive pré-natal, exames e cirurgias (sem internação).
- 2) Hospitalares para internação.
- 3) Ambulatoriais + hospitalares com ou sem serviços de odontologia e obstetrícia (pré-natal, parto e pós-parto).
- 4) Odontológicos.

Quando o plano de saúde é hospitalar, a acomodação pode ser enfermaria (coletivo) ou apartamento (individual).

5º passo

O local dos atendimentos deve ser analisado também. O beneficiário do plano ou seguro saúde deve estabelecer onde gostaria de ser atendido: em sua cidade, em seu Estado ou em qualquer outro lugar do território nacional.

6º passo

A extensão da rede credenciada também deve ser examinada: médicos e profissionais da saúde, clínicas, laboratórios e hospitais.

7º passo

O valor a ser pago será determinado pelo conjunto de fatores acima descritos e também pela faixa etária do(s) beneficiário(s).

8º passo

Antes de assinar o contrato, é importante ler todas as cláusulas contratuais, bem como confirmar se a operadora tem registro na ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo telefone 0800 701 9656.

Verificar também, se o plano de saúde se enquadra na Lei 9.656/98.

9º passo

O beneficiário ao contratar o plano ou seguro saúde tem o direito de ter a cópia integral do contrato, bem como a proposta de adesão e a declaração de saúde que deve ser preenchida com transparência, clareza e com fatos verdadeiros. Se o plano for coletivo, a entrega da via do contrato não será obrigatória. Entretanto, o beneficiário poderá requerê-la a operadora de saúde.

10º passo

A operadora de saúde é obrigada a fornecer ao beneficiário o manual com a rede credenciada (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde), a carteirinha de acesso com os dados do usuário e registro da operadora de saúde ao usuário.



Verificar quando o plano foi contratado:

Depois de 01 janeiro de 1999, a cobertura tem o respaldo da Lei 9.656/98. Ou seja, o plano de saúde tem que ter a cobertura mínima obrigatória e determinada pela ANS, chamada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Se o plano de saúde foi contratado ANTES de 01 de janeiro de 1999 e não foi adaptado à referida lei, a cobertura do segurado estará determinada em seu contrato. O consumidor tem o direito alterar o plano antigo (firmado antes de 1999) para o plano novo a qualquer momento. Este tipo de categoria chama-se de plano de saúde ADAPTADO e se enquadra na Lei 9.656/98, tendo o usuário a mesma cobertura dos planos novos. Poder Judiciário, como, por exemplo, nos casos em que há reajuste das mensalidades de forma excessiva e a não cobertura de procedimentos, exames ou cirurgias

Cobertura assistencial

É o conjunto de procedimentos médicos a que o consumidor tem direito, conforme o contrato que foi assinado na compra do plano de saúde. As especificações dos tipos de cobertura estão no 4ª passo desta Cartilha.



Atendimento de urgência e emergência

Os atendimentos de urgência e emergência devem ser realizados IMEDIATAMENTE, haja vista que implicam riscos irreparáveis, inclusive risco de morte.

1.Atendimento de urgência e emergência para o plano hospitalar:

- a) Urgência por acidente pessoal (atendimento integral);
- b) Urgência por outras causas com carência para internação já cumprida (atendimento integral);
- c) Urgência por outras causas com carência para internação não cumprida (limitado as primeiras 12 horas);
- d) Emergência com carência para internação já cumprida (atendimento integral);
- e) Emergência com carência para internação não cumprida (atendimento limitado às primeiras 12 horas).

2.Atendimento de urgência e emergência para o plano hospitalar com obstetrícia:

Além das mesmas regras do plano hospitalar já mencionadas, se houver complicação na gestação (com carência para internação de 180 dias não cumprida), o atendimento será limitado as primeiras 12 horas. Os casos de parto prematuro são considerados urgentes.

3.Atendimento de urgência e emergência para o plano ambulatorial:

Como a internação não está prevista neste tipo de contrato, caso o beneficiário necessite ser internado, terá que arcar com o custo dos procedimentos de forma particular. A operadora de saúde deve realizar o transporte para um hospital público, caso o paciente opte pela continuidade do tratamento na rede pública de saúde. Havendo risco para o paciente, na impossibilidade de este ser transferido para um hospital público, devem ser negociados com o próprio hospital os custos e as despesas para a continuidade do tratamento. Se o paciente ou seu representante legal optar pelo tratamento na rede privada, a operadora não tem a obrigação de remover este paciente até o estabelecimento de saúde privado.

4.Atendimento de urgência e emergência para o plano odontológico:

Será contado o prazo de 24 horas da vigência do contrato para os atendimentos urgentes e de emergência.

5.Atendimento de urgência e emergência para o plano referência:

Após o prazo de 24 horas da assinatura do contrato, o consumidor terá direito a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência.

Prazos para atendimento

A ANS determinou prazos máximos para o usuário do plano de saúde:

Consultas básicas clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia (07 dias úteis);

Consultas nas demais especialidades (14 dias úteis);

Exames laboratoriais (03 dias úteis);

Internação (21 dias úteis);

Urgência e Emergências atendimento imediato.

Caso haja o descumprimento dos prazos estabelecidos para o atendimento, o beneficiário do plano de saúde poderá denunciar a operadora de saúde à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) pelo site www.ans.gov.br ou pelo telefone 0800 701 9656. O paciente que quiser ser atendido por um determinado profissional médico ou por um específico estabelecimento de saúde e estes não puderem atendê-lo no prazo estipulado pela ANS poderá recorrer a outros prestadores de saúde ou aguardar a disponibilidade do profissional ou estabelecimento escolhido.



Limitação nos atendimentos

Não pode haver limitação nos atendimentos para consultas, exames, internações, fisioterapia, UTI e CTI, cabendo ao beneficiário denunciar à ANS esta prática abusiva por parte da operadora de saúde ou recorrer ao Poder Judiciário. Nas sessões de terapia ocupacional, psicoterapia, consultas com fonoaudiólogos e nutricionistas pode haver limitação, desde que respeitada a regra do atendimento mínimo estabelecido pela ANS.

Inclusão do filho recém-nascido No plano de saúde

O titular do plano de saúde que tenha um plano hospitalar com obstetrícia tem o direito de incluir seu filho recém-nascido, natural ou adotivo, e será isento de carências, desde que a inscrição seja feita em até 30 dias do nascimento ou da adoção. Se o plano de saúde não for hospitalar com obstetrícia, a inscrição também pode ser realizada, mas há necessidade de cumprir o período de carência. Para que isto ocorra, é imprescindível que um dos responsáveis legais tenha cumprido a carência máxima permitida (180 dias).

Doenças preexistentes

Ao contratar um plano de saúde é necessário preencher a declaração de saúde, anexa ao contrato. Declaração de saúde é um questionário que o titular e os dependentes devem preencher no ato da assinatura do contrato e da proposta de adesão. Não se deve, em hipótese nenhuma, mentir ou omitir qualquer fato relacionado ao seu estado de saúde. Se a pessoa tiver conhecimento de alguma doença ou lesão, mesmo que curada, deve informar a operadora de saúde. São consideradas lesões ou doenças preexistentes aquelas descobertas antes da contratação do plano de saúde. Entretanto, se a pessoa ao contratar o plano de saúde tiver uma doença e não souber disso, não será considerada doença preexistente. Sendo assim, não há nenhum prejuízo para o beneficiário. O beneficiário que possuir doença ou lesão preexistente tem o direito de contratar um plano de saúde. Nesta contratação, poderá haver restrição de cobertura parcial temporária (CPT) ao seu uso durante 24 meses, nos casos de cirurgias, leitos para UTI, CTI e similares e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença existente. Caso haja dúvidas no tocante ao preenchimento da declaração de saúde, poderá ser solicitado auxílio do médico da operadora de saúde a ser contratada (sem custo) ou da confiança do contratante. Havendo constatação de omissão das informações a respeito de doenças preexistentes, a operadora de saúde poderá levar o caso ao julgamento administrativo da ANS e, se for considerado fraude, a operadora poderá, após a decisão, suspender ou rescindir o contrato firmado. Durante o julgamento da ANS, os serviços devem ser prestados da forma contratada. Nos casos de planos coletivos empresariais com 30 ou mais participantes, não pode haver a cobertura parcial temporária (CPT).

Tabela da faixa etária

Para os planos contratados a partir de 01/01/2004, segue a tabela:

0 a 18 anos

19 a 23 anos

24 a 28 anos

29 a 33 anos

34 a 38 anos

39 a 43 anos

44 a 48 anos

49 a 53 anos

54 a 58 anos

59 anos ou mais

E também o valor acumulado entre a 7ª e a 10ª faixas etárias não poderá ser superior ao valor acumulado entre a 1ª e a 7ª faixas. A pessoa com mais de 60 anos terá somente o reajuste anual no seu contrato. Reajuste de mensalidades Temos dois momentos para o aumento da mensalidade do plano de saúde:

É importante dizer que, após a proibição de cobranças abusivas e diferenciadas pelo Estatuto do Idoso aos maiores de 60 anos, a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes ao valor da 1ª faixa etária.

1) Reajuste por mudança de faixa etária.

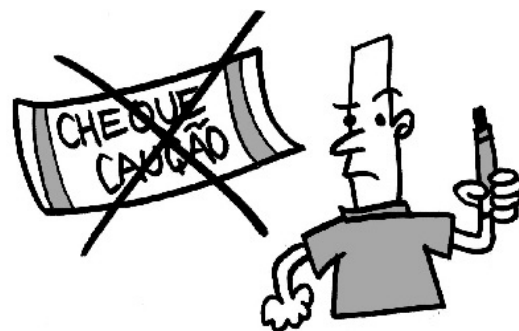
Ocorre quando o consumidor completa determinada idade que ultrapasse o limite da faixa etária em que se encontra;

2) Reajuste anual ocorre no aniversário do contrato.

Nos planos de saúde coletivos, são possíveis os dois tipos de reajustes acima; entretanto, no caso do reajuste anual será aplicado o valor acordado livremente pela operadora de saúde e a pessoa jurídica (por exemplo: empresa). Nos planos antigos, contratados antes de 01/01/1999, o reajuste deve obedecer ao previsto no contrato. Se não houver índice estipulado no contrato, deve ser utilizada a previsão da ANS. Havendo abuso nas cobranças por parte da operadora de saúde, o beneficiário poderá denunciar à ANS e/ou recorrer ao Poder Judiciário.

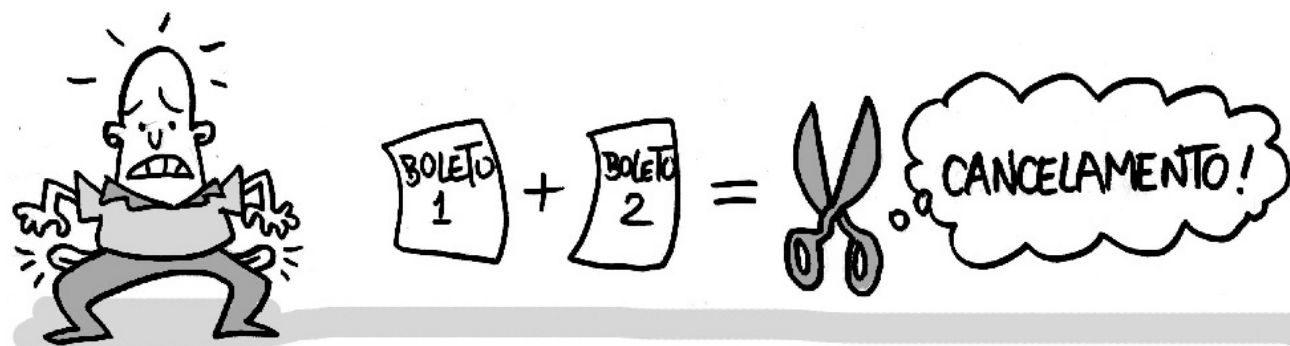
Cheque Caução

É proibido exigir cheque caução (ou equivalente) para o atendimento do paciente.



Cancelamento do plano de saúde

Se o consumidor deixar de realizar o pagamento por 2 (dois) meses, consecutivos ou não, a operadora de saúde tem a faculdade de CANCELAR o contrato no 3º (terceiro) mês. Ninguém poderá ser excluído do plano ou seguro saúde por causa da idade ou de sua condição de saúde.



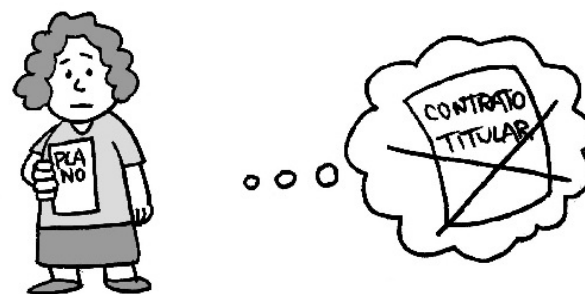
Portabilidade

A portabilidade é a faculdade que o consumidor tem para trocar o seu plano ou seguro saúde sem cumprir novos períodos de carência. O beneficiário tem que estar no plano de saúde há pelo menos 2 (dois) ou 3 (três) anos quando for utilizar pela primeira vez este benefício. A partir da segunda vez, poderá realizar a portabilidade desde que esteja por no mínimo 1 (um) ano no seu plano de saúde. Para ter o benefício da portabilidade, é necessário que o plano de saúde tenha sido contratado após 02/01/1999. As mensalidades do plano de saúde de origem devem estar em dia. A portabilidade deve ocorrer no aniversário do contrato do plano de saúde. O consumidor tem até 4 (quatro) meses a partir do mês do aniversário do plano para optar pela portabilidade. Caso seja ultrapassado este prazo, poderá realizá-la no ano seguinte. A informação da portabilidade deve constar no boleto bancário ou em correspondência emitidos pela operadora de saúde de origem ao(s) titular(es). A alteração poderá ser realizada de plano individual para um coletivo ou para outro e vice-versa. No entanto, o plano de saúde de destino deve ser compatível com o de origem. A abrangência do plano também poderá ser alterada, passando de regional para outros Estados ou então se tornando nacional. O valor do plano de destino poderá ser igual, superior ou inferior ao do plano de origem.

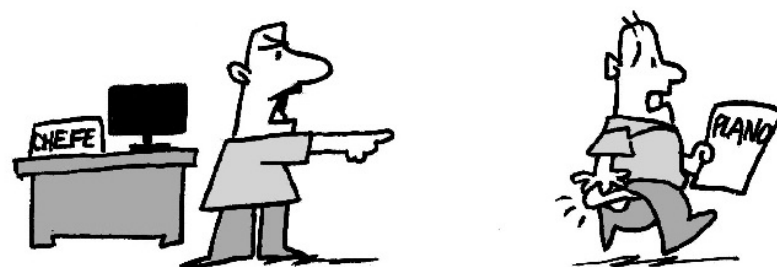
Portabilidade Especial

São três os casos de portabilidade especial:

1) Dependente do plano de saúde cujo titular tenha falecido prazo de 30 dias do falecimento do titular.



2) Consumidor ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado prazo de 60 dias antes do término de manutenção da condição de beneficiário, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.



3) Consumidor de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS prazo de 60 dias a contar da Resolução da ANS.



Direitos dos beneficiários de planos de saúde

É importante lembrar que os beneficiários de planos ou seguros saúde têm direitos previstos na Lei dos Planos de Saúde e no Código de Defesa do Consumidor. Caso o consumidor exerça o seu direito não poderá sofrer falta de atendimentos ou represálias do plano de saúde. Assim, não importa se o plano é anterior a 01 de janeiro de 1999, posterior ou adaptado, tampouco a forma da contratação, o tipo ou abrangência: a qualquer momento, havendo abusividade nas cláusulas do contrato, o beneficiário poderá denunciar esta prática à ANS e também recorrer ao Poder Judiciário, por meio da Defensoria Pública ou de um advogado de sua confiança.





Escritórios São Paulo

Av. Paulista, 575
Conj. 83 | Bela Vista

Rua Duarte de Azevedo, 284
Conj. 83 | Santana

Escritório Alphaville

Alameda Rio Negro, 967
Conj. 521 | Barueri

(11) 3253-9010 | Whatsapp (11) 98280-1099
contato@nakanoadvogados.com.br

Siga-nos em nossas redes sociais:

Twitter: @adv_saude
Facebook: /nakanoadvogados
Instagram: nakanoadvogados
Linked'in: Nakano Advogados associados