



# **Planos de Saúde**

**Guia Básico de Direitos do Usuário**

# Índice

Apresentação.....	02
Tipos de Planos de Saúde.....	03
Prazos de Carência.....	06
Prazo para Consultas e Exames.....	08
Reajustes de Preços.....	10
Limitação de Coberturas.....	12
A Garantia de Direitos pela Via Judicial.....	14
Para Finalizar.....	17

# Apresentação

Segundo dados recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Brasil tem hoje cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde.

Muitas pessoas, infelizmente, encontram dificuldades para ter acesso a consultas, exames e internações.

Também são comuns reclamações devido a reajustes abusivos ou negativas de coberturas de medicamentos, tratamentos e materiais.

Este Guia Básico tem por objetivo esclarecer algumas das dúvidas mais comuns dos pacientes sobre seus direitos.

Boa leitura!

Luciano Correia Bueno Brandão

# Tipos de Planos de Saúde

Os planos de saúde podem ser basicamente de três tipos.



- **Empresariais:** aqueles mantidos pelo empregador em favor de seus funcionários em razão de relação de emprego).
- **Coletivos por adesão:** contratados por meio de uma associação ou entidade de classe.

- **Individuais/familiares:** contratados por uma pessoa física e seus dependentes junto a uma operadora de planos de saúde.

A diferença básica entre estas modalidades de planos é que os planos coletivos (empresariais e por adesão), tem regras muito mais flexíveis do que os planos individuais e familiares.

Por exemplo, enquanto os planos individuais e familiares somente podem ser reajustados dentro dos limites estabelecidos pela ANS, o percentuais dos reajustes dos planos coletivos são negociados diretamente entre a empresa ou associação de classe estipulante.

Além disso, ao contrário dos planos individuais e familiares, os planos coletivos podem ser cancelados unilateralmente pelos convênios, o que não favorece os consumidores.

Assim, no momento de adquirir um plano de saúde, o consumidor deve ficar atento à modalidade de contrato.

A lei assegura direitos como a possibilidade de o ex-empregado, demitido ou aposentado, estender a manutenção do plano empresarial mesmo após o seu desligamento da empresa.

A legislação prevê, também, hipóteses em que o beneficiário pode mudar de planos, sem ter que cumprir novos prazos de carência (portabilidade).

# Prazos de Carência



O prazo de carência é um período após a contratação do plano de saúde em que o usuário terá algumas restrições antes de poder utilizar totalmente os serviços.

Os prazos de carência são os seguintes:

- **Casos de urgência/emergência:** 24 horas a partir da vigência do contrato.

*Obs: Muitos planos de saúde cobrem somente as primeiras 12 horas de atendimento emergencial. No entanto, esta prática é considerada **abusiva**.*

- **Partos:** 300 dias (exceto partos prematuros ou decorrentes de alguma complicação)

- **Doenças preexistentes:** 24 meses

- **Demais situações:** 180 dias.

É importante destacar que somente pode ser considerada "doença preexistente" a justificar o cumprimento de até 24 meses de carência, aquela que o paciente **já sabia existir no momento da contratação.**

Além disso, se o paciente não foi submetido à **perícia médica** prévia no momento da contratação, o plano de saúde não pode, depois, negar cobertura alegando preexistência.

# Prazos para Atendimento

A legislação estabelece prazos máximos para marcação de consultas e exames.

- **Atendimento emergencial:** imediato.
- **Consulta básica** (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia): 07 dias úteis.
- **Consulta de outras especialidades:** 14 dias úteis.
- **Consulta e procedimentos realizados em consultório/Clínica com cirurgião-dentista:** 07 dias úteis.

- **Consulta/Sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta:** 10 dias úteis.
- **Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial:** 03 dias úteis.
- **Outros serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial:** 10 dias úteis.
- **Consulta de outras especialidades:** 14 dias úteis.
- **Procedimentos de alta complexidade:** 21 dias úteis.

Se estes prazos forem desrespeitados, o paciente pode registrar reclamação junto à ANS ou até mesmo recorrer ao Judiciário para garantir atendimento.

# Reajustes de Preços

Os planos de saúde podem sofrer reajustes periódicos.

- **Reajustes anuais:** são aqueles que incidem todo ano no mês de aniversário do contrato.

Para os planos individuais e familiares, o percentual do reajuste é estabelecido pela ANS.

Para os planos coletivos, não há limitação imposta pela ANS, sendo que os reajustes são negociados diretamente entre as operadoras e as associações e órgãos de classe contratantes.

- **Reajustes por mudança de faixa etária:** são aqueles que incidem quando o usuário atinge determinada idade e muda de faixa etária. A lei proíbe reajustes por mudança de faixa etária após o aniversário de 60 anos do beneficiário,

mesmo que o contrato seja anterior a 2004 (ano que entrou em vigor o Estatuto do Idoso).

Assim, o usuário que sofreu reajuste por idade após os **60 anos**, pode questionar judicialmente o aumento e, inclusive, obter de volta a diferença que tiver pago a maior.

Também reajustes abusivos aplicados no aniversário de **59 anos** do usuário podem ser questionados, pois violam o Código de Defesa do Consumidor.

**- Reajuste por sinistralidade:** normalmente aplicado nos planos empresariais quando há uma alta utilização de serviços médicos pela carteira de beneficiários.

É importante notar que na maioria das vezes estes reajustes são calculados unilateralmente pelas operadoras e não são claros, colocando os beneficiários em desvantagem excessiva, o que permite o questionamento judicial, se necessário.

# Limitação de Coberturas



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabelece uma lista de tratamentos, procedimentos e exames que os planos de saúde são obrigados cobrir.

É muito comum que o paciente tenha prescrito certo tratamento, exame ou medicamento por seu médico e o convênio negue a cobertura alegando que "*não há previsão no rol de procedimentos da ANS*".

Nesta situação, é importante destacar que o rol de procedimentos da ANS traz a lista de coberturas obrigatórias **mínimas**.

Isto significa que, se a doença apresentada pelo paciente possui cobertura contratual, o tratamento deverá ser igualmente coberto, **independentemente** de constar expressamente no rol da ANS ou não.

Quem define o tratamento é o médico do paciente e o plano de saúde não pode limitar esta cobertura.

Em caso de negativa de autorização, o convênio deve fornecer a justificativa **por escrito** em até 48h.

No caso de negativa de cobertura injustificada por parte do convênio, o paciente pode recorrer à Justiça para ter acesso ao tratamento, medicamento, exame, materiais, etc.

# A Garantia de Direitos pela Via Judicial



A maioria das pessoas imagina que processos judiciais são demorados. No entanto, em questões relacionadas à saúde, a Justiça acaba sendo a forma mais rápida e eficaz de garantir o efetivo direito à saúde.

Em muitos casos, liminares para acesso a medicamentos e tratamentos são concedidas pela

Justiça em até 48h.

## **O que é preciso para entrar com um processo?**

Para recorrer à via judicial, o paciente deve procurar reunir toda a documentação referente ao caso:

- documentos pessoais (RG e CPF);
- carteirinha do plano de saúde;
- comprovantes de pagamento das últimas mensalidades (se o plano for empresarial, holerites com o desconto em folha ou co-participação);
- cópia do contrato do plano de saúde;
- cópia do relatório médico com a indicação do tratamento prescrito;
- cópia da negativa de cobertura pelo convênio;

## **Onde devo ir para entrar com um processo?**

O ideal é que o paciente possa contar com o apoio de um advogado de sua confiança, que possa tomar as providências necessárias para ingressar e conduzir o processo.

Se o paciente não tiver condições financeiras de contratar um advogado, pode recorrer à Defensoria Pública.

Outra alternativa seriam os Juizados Especiais (pequenas causas). No entanto, o paciente deve ficar atento, pois nos Juizados há limitação do valor da causa (muitos tratamentos de alto custo extrapolam este limite) e a dinâmica do processo não admite produção de provas complexas como perícias, por exemplo, o que pode comprometer o resultado final.

# Para Finalizar

Através deste Guia Básico procuramos apresentar singelas e simplórias considerações sobre as principais dúvidas dos usuários de planos de saúde.

Acreditamos que a informação é a chave para o exercício cada vez mais pleno e consciente da cidadania e esperamos ter colaborado.

Abraço.

## **Luciano Correia Bueno Brandão**

*Advogado especializado em Planos de Saúde. Pós-Graduado em Direito Processual Civil pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), cursou Extensão em “Responsabilidade Civil na Área de Saúde” pela Fundação Getúlio Vargas (GVlaw).*

**[www.buenobrandao.adv.br](http://www.buenobrandao.adv.br)**