



# **MANUAL SEGURO SAÚDE**



## Conteúdo

MANUAL SEGURO SAÚDE.....	1
O que é o Seguro Saúde? .....	3
Coberturas do Seguro Saúde .....	15
Perguntas Frequentes.....	26
Vigência .....	31



## O que é o Seguro Saúde?



## O que é o Seguro Saúde?

Os altos custos do atendimento médico-hospitalar e a precariedade dos serviços públicos de saúde fizeram com que grande parte da população brasileira contratasse um seguro ou plano de saúde para ter mais tranquilidade.

O sistema de saúde suplementar, formado pelas operadoras de planos de assistência à saúde, é bastante complexo e passa por constantes modificações e aperfeiçoamentos, principalmente depois da regulamentação do setor pela Lei nº 9.656, de 1998, que entrou em vigor em janeiro do ano seguinte, e pela Lei nº 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pelo por regular o setor.

Atualmente, existem cerca de 1.200 operadoras com beneficiários, oferecendo o acesso aos serviços de milhares de médicos, dentistas e outros profissionais da área, hospitais, laboratórios e clínicas. São mais de 70 milhões de consumidores de planos privados de assistência à saúde, sendo cerca de 50 milhões em planos de assistência médica e 20 milhões em planos de assistência odontológica, de acordo com a ANS.

Os planos de assistência médica atendem a cerca de um terço da população brasileira.

A Lei 9.656 determinou que todo o setor passasse a ser regulado pela ANS. Esta, por sua vez, é uma autarquia de regime especial, ou seja, é um ente público com certa independência para atuar. Vinculada ao Ministério da Saúde, celebra anualmente um contrato de gestão com esse órgão, e nesse documento são definidas suas metas. As atividades da ANS são acompanhadas pela Câmara de Saúde Suplementar, instituição composta por representantes do governo e da sociedade. Formalmente, a Câmara integra a estrutura da ANS, tendo caráter permanente e consultivo.

Quando o beneficiário do plano ou do seguro e seus dependentes utilizarem serviços médicos, hospitalares e odontológicos de instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites previstos no contrato, as operadoras devem ressarcir as despesas com base no Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR). Esse índice é de 1,5 e deve ser multiplicado pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

## Quais são as opções de assistência privada à saúde?

Você pode escolher entre um seguro e um plano de saúde.

As seguradoras especializadas em saúde oferecem atendimento médico-hospitalar com ou sem odontologia. O seguro saúde permite, obrigatoriamente, livre escolha do prestador de serviços, com opção para atendimento pela rede referenciada.

O segurado que exerce a opção de livre escolha recebe reembolso das despesas até o limite previsto no contrato. Porém, quando recorre à rede referenciada, não paga nada.



As operadoras de planos de saúde, por sua vez, oferecem atendimento médico-hospitalar e odontológico geralmente na rede própria ou credenciada, exceto em casos de urgência e emergência fora da região de atendimento do plano.

### Qual é a diferença entre seguro e plano de saúde?

Para fins de fiscalização pela ANS, o seguro saúde é tratado como um plano privado de assistência à saúde, conforme a Lei nº 10.185, de 2001.

Para fins práticos, porém, existe uma grande diferença entre seguro e plano de saúde: é o reembolso das despesas médico-hospitalares. No seguro saúde, o reembolso é a regra, possibilitando livre escolha de médicos e hospitais. Nos demais planos de saúde, o reembolso é excepcional, sendo pouco comum e muitas vezes restrito a planos adquiridos apenas pelas classes de renda mais alta.

Ambos oferecem serviços de assistência médica diferenciados, com maior ou menor abrangência, de acordo com o contrato assinado entre você e a operadora. Tanto no seguro como no plano de saúde, basicamente, você, pessoa física, pode escolher entre contratos individuais ou familiares e contratos coletivos empresariais ou por adesão. Atualmente, entretanto, as seguradoras especializadas em saúde não estão comercializando contratos individuais.

### *Contratos individuais ou familiares*

Os contratos individuais ou familiares são feitos diretamente por iniciativa de uma pessoa, podendo incluir familiares ou dependentes, com escolha livre de qualquer plano.

É fundamental que você defina quais são as suas necessidades de uso antes de contratar o serviço. Para traçar o chamado perfil de uso, é preciso identificar as coberturas médico-hospitalares essenciais para você, como obstetrícia, entre outras, além da área de abrangência geográfica do plano, que pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municípios e grupo de municípios.

### *Contratos coletivos*

Os contratos coletivos podem ser empresariais ou por adesão. Dependendo do número de participantes, as operadoras oferecem maiores vantagens, como isenção de carências, etc.

Os empresariais são aqueles contratados por pessoas jurídicas para uma população com a qual mantenham uma relação empregatícia ou estatutária (empregados, trabalhadores temporários, sócios, administradores, estagiários e menores aprendizes).

Os contratos por adesão são aqueles realizados por pessoas jurídicas para uma população com a qual mantêm vínculo de caráter profissional, classista ou setorial (caso das associações profissionais, dos sindicatos e dos conselhos de profissões regulamentadas, como CREA, CRM, CREFITO e OAB). Podem ser incluídos como dependentes (desde que previsto contratualmente) integrantes do grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de



## DAGAMA CORRETORA DE SEGUROS

parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade (caso dos enteados, por exemplo), cônjuge ou companheiro (de sexo diferente ou do mesmo sexo).

Nos contratos coletivos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não interfere no reajuste de preços ou nos cancelamentos, possibilitando a rescisão unilateral. Em situações especiais, a operadora é obrigada a aplicar o mesmo índice de reajuste a toda a massa de um determinado perfil, como é o caso dos aposentados e demitidos cobertos por força da Lei nº 9.656, de 1998, mas ainda assim o reajuste é livremente fixado pela operadora.

Nos contratos coletivos empresariais, a participação dos beneficiários pode ser automática ou por adesão. Em geral, o empregado já começa a fazer parte do plano no momento da admissão ao trabalho, podendo ou não prever a inclusão de dependentes.

Já o contrato coletivo por adesão tem a característica de ser essencialmente opcional e de manifestação espontânea por parte das pessoas que têm vínculo associativo com uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, podendo haver a opção de também incluir dependentes.

Principais diferenças entre contratos individuais e coletivos		
	Planos Individuais	Planos Coletivos
<b>Contratação</b>	Por qualquer pessoa física	Apenas com a intermediação de pessoa jurídica (empresa, associação ou sindicato)
<b>Preços</b>	Geralmente são mais caros que os coletivos	Em geral são mais baratos que os individuais
<b>Reajustes</b>	Regulados e limitados pela ANS	Não têm regulamentação da ANS
<b>Rescisão</b>	ANS proíbe a rescisão unilateral pela operadora	As operadoras podem rescindir o contrato unilateralmente
<b>Duração do contrato</b>	Prazo indefinido	Em contratos coletivos empresariais, quando o empregado perde o vínculo com a empresa, pode permanecer, por um prazo delimitado, com a cobertura do plano.



## Quais são os tipos de planos e seguros que existem?

Desde o dia 1º de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a chamada Lei dos Planos de Saúde, são oferecidos basicamente cinco tipos de planos e seguros.

Veja as características dos diferentes tipos de seguros e de planos de saúde:

### *Ambulatorial*

Compreende a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em consultório e ambulatório, atendimentos e procedimentos de urgência e emergência até as primeiras 12 horas e a realização de exames de laboratório e de imagem (radiografia, ultrassom, etc). Também estão incluídos procedimentos especiais, como hemodiálise, quimioterapia (desde que não exija internação), hemoterapia ambulatorial, etc.

Neste plano, você não terá direito à realização de exames mais prolongados, que necessitam de permanência acima de 12h no hospital, como cateterismo. Lembre-se: esse tipo de plano não cobre internações hospitalares, o que exclui toda cirurgia com anestesia que necessite de um período de observação pós-operatória no hospital.

### *Hospitalar*

Garante a cobertura de internações hospitalares com número ilimitado de diárias, inclusive em UTI, além de custos associados à internação com médicos, enfermeiras, alimentação, exames complementares, transfusões, quimioterapia, radioterapia, medicamentos anestésicos, sala cirúrgica e materiais utilizados durante o período de internação. Inclui, também, os atendimentos de urgência e emergência que possam evoluir para internação, além de remoção do paciente para outro hospital.

Esse tipo de plano não cobre consultas médicas e exames fora do período de internação.

As despesas de acompanhante de pacientes menores de 18 anos são pagas pelo plano. Contudo, não têm cobertura: gastos com tratamento pré-natal ou transplantes, à exceção de rim e córnea e outros, autólogos, estabelecidos no rol de procedimentos adotado pela ANS. Também não estão contempladas internação em clínica de repouso ou de emagrecimento e consultas ambulatoriais ou domiciliares.

### *Hospitalar com obstetrícia*

Acrescenta ao plano hospitalar a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido, natural ou adotivo, durante os primeiros 30 dias de vida contados do nascimento ou adoção.

Nesse período, o bebê pode ser inscrito como dependente do plano do titular do plano de saúde, seja a mãe ou o pai, não sendo necessário cumprir o prazo de carência. Passado esse



intervalo de tempo, os pais devem incluir o bebê no plano que possuem para garantir o seu atendimento na rede privada de saúde prevista no contrato.

No caso de o contrato da mãe encontrar-se no prazo de carência para parto a termo e ocorrer um parto prematuro ou uma urgência/emergência obstétrica, o plano é obrigado a pagar as despesas. Porém, somente se já houver transcorrido a carência máxima de 180 dias para internações ou de 24 horas para complicações do processo gestacional (o que caracteriza uma situação de urgência).

Você deve avaliar a necessidade real de cobertura de obstetrícia, porque se essa contratação for dispensável, o valor das mensalidades poderá ter redução.

### *Odontológico*

Existem planos exclusivamente para tratamento dentário. Apresentam cobertura para procedimentos realizados em consultório, incluindo exames clínicos e radiológicos, dentística (odontologia estética), endodontia, periodontia, exames e atendimentos de urgência e emergência. Também estão cobertas cirurgias orais menores que possam ser realizadas com anestesia local, em consultório.

### *Referência*

É o mais completo de todos os planos oferecidos pelas operadoras. Compreende os atendimentos ambulatorial, hospitalar e de obstetrícia, podendo incluir ou não a assistência odontológica.

A abrangência das coberturas significa, também, preço mais alto. O plano referência está sujeito a uma carência de 24 horas em qualquer situação de urgência e emergência. Já nos demais planos, a carência de 24 horas se restringe aos casos de acidente pessoal e de complicação do processo gestacional. É a opção mais cara existente no mercado, entre os planos de saúde com a mesma rede de atendimento e perfil de acesso.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) exige que esse tipo de plano seja oferecido pelas operadoras e seguradoras. As empresas são obrigadas, ainda, a garantir acomodação hospitalar com padrão enfermária, pelo menos.

Nada impede a comercialização de produtos com coberturas e características superiores ao plano referência, que é o mais completo de todos.

Algumas operadoras oferecem planos e seguros diferenciados, com acomodações mais caras ou coberturas para cirurgias plásticas, por exemplo. Tudo é uma questão de análise de custo x benefício por cada consumidor.



## Quais são as principais características dos planos antigos, novos e adaptados?

Com a nova legislação para o setor, os contratos e planos passaram a ser classificados da seguinte maneira:

### *Contrato novo*

Assinado depois que a Lei nº 9.656/98 entrou em vigor, ou seja, 2 de janeiro de 1999. Todos os contratos celebrados a partir dessa data devem ter registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação.

As coberturas de assistência médico-hospitalar são definidas pela ANS e garantem atendimento para todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de outras proteções regulamentadas pelo agente oficial de fiscalização do setor.

### *Contrato adaptado*

É o contrato antigo adaptado à nova legislação, garantindo ao beneficiário a mesma cobertura dos planos novos. Também precisa ter registro na ANS e está subordinado à nova lei.

Quem tem um plano individual antigo pode optar por sua adaptação à nova lei, solicitando à operadora uma proposta para ser analisada. A alteração não é obrigatória. Caso a proposta não seja conveniente, o contrato antigo continua valendo.

### *Contrato antigo*

Assinado antes de 2 de janeiro de 1999. Como é anterior à nova lei do setor, está amparado apenas pelo Código de Defesa do Consumidor, prevalecendo as condições contratuais firmadas. As garantias de atendimento são exatamente as que constam no contrato e as exclusões estão expressamente descritas.

Esse tipo de contrato não pode mais ser comercializado, mas permanece válido para quem não optou pela adaptação às novas regras. É intransferível e suas condições são garantidas apenas para o titular e dependentes já inscritos. Permite somente a inclusão de novos cônjuges e filhos.



## Quais são os tipos de operadoras que existem no mercado?

As operadoras podem ser empresas comerciais, cooperativas ou entidades de autogestão. Todas têm que ser registradas na ANS.

As operadoras estão classificadas nas seguintes modalidades:

### *Seguradoras especializadas em saúde*

São as seguradoras autorizadas a operar - exclusivamente - seguro saúde. No seu estatuto deve constar a proibição de atuarem em quaisquer outros ramos de seguro.

### *Cooperativas médicas*

São sociedades sem fins lucrativos, formadas de acordo com a Lei nº 5.764/ 71 (Lei das Cooperativas), com o objetivo de operar planos privados de assistência à saúde.

### *Cooperativas odontológicas*

Também são sociedades sem objetivo de lucro, regulamentadas pela mesma lei que rege as cooperativas médicas, as quais operam apenas planos odontológicos.

### *Autogestão*

É o sistema, sem finalidade lucrativa, no qual uma empresa ou outro tipo de organização institui e administra o plano privado de saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda, participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais e assemelhados.

### *Filantropia*

Nessa classificação estão incluídas entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde. Necessariamente, as instituições filantrópicas têm que ser certificadas pelo Conselho Nacional de Assistência Social e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos governos estaduais ou municipais.



## *Medicina de grupo*

Empresas ou entidades que operam planos privados de saúde, à exceção das que fazem parte das demais modalidades.

## *Odontologia de grupo*

Empresas ou entidades que possuem características semelhantes às de medicina de grupo, mas operam exclusivamente planos odontológicos, à exceção dos que fazem parte das demais modalidades.

## *Administradoras de benefícios*

São empresas que administram planos coletivos de assistência à saúde, intermediando a relação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora contratada para fornecer um plano de saúde. Não assumem o risco decorrente da operação dos planos. Também não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não têm vínculo contratual direto com os beneficiários.

A administradora de benefícios assume parte do trabalho que seria da pessoa jurídica contratante, ou seja, da empresa empregadora, do conselho, sindicato ou associação profissional que contratar o plano de saúde. Ela tem a responsabilidade de emitir boletos e de representar os beneficiários na negociação de aumentos de mensalidade com a operadora do plano. Dependendo do que for contratado, também deve absorver o risco de inadimplência ou atraso de pagamento de mensalidades por parte do empregador, do conselho, sindicato ou associação profissional contratante, preservando a continuidade de atendimento dos beneficiários do seguro ou plano de saúde.

## **Como funciona a carência nos seguros e planos de saúde?**

Você deve ficar atento para os prazos de carência. Durante esse período predeterminado no início do contrato, você não vai poder usar integralmente os serviços previstos no seu plano.

Quando for contratar um plano ou seguro, preste atenção se a operadora exige carências e para quais coberturas.

Tudo isso deve estar escrito de forma clara no contrato, facilitando a compreensão do consumidor.

## ***Por lei, os prazos máximos de carência são:***

- Urgência e emergência - 24 horas;
- Parto a partir da 38ª semana de gravidez - 300 dias;



- Consultas, exames, internações e cirurgias - 180; e
- Doenças ou lesões preexistentes - a operadora pode impor uma cobertura parcial temporária por até 24 meses.

### *Cobertura parcial temporária*

Neste caso, por até 24 meses, se constatadas lesões ou doenças preexistentes, não haverá cobertura para cirurgias (inclusive aquelas ambulatoriais); procedimentos de alta complexidade, “PAC” (os quais são previstos no rol da ANS, como, por exemplo, ressonância magnética e quimioterapia); e leitos de alta tecnologia (UTI, UTI Neonatal e UTI Coronariana) relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal no momento da adesão. No ato da contratação do plano deve ser preenchido um documento chamado “declaração de saúde”, no qual o consumidor responde a perguntas sobre as doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor.

Caso a operadora avalie que a declaração de saúde não foi corretamente preenchida pelo consumidor, ela pode pedir uma correção, para que nela conste doença ou lesão que, a princípio, não foi mencionada.

Caso o consumidor se recuse a corrigir a declaração de saúde ou fique constatado, a qualquer momento, no período de 24 meses a partir da adesão, que este omitiu uma doença ou lesão de que sabia ser portador ou sofredor, a operadora pode pedir à ANS autorização para rescindir o contrato por fraude.

### *Agravo*

É possível que a operadora ofereça ao consumidor uma opção à cobertura parcial temporária, chamada de agravo. O agravo é o pagamento de um determinado valor para obter a isenção das restrições de cobertura que poderiam ser impostas no caso de doenças ou lesões preexistentes. O oferecimento do agravo é uma faculdade da operadora, ou seja, não existe obrigatoriedade de sua oferta.

O acréscimo será proporcional às coberturas para realização de cirurgias, para leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente.

A ANS determina que a opção pelo agravo garanta cobertura médica irrestrita, depois de cumpridos os prazos de carência.

### *Mudança de operadora*

Na hipótese de você querer mudar de operadora, há a possibilidade de aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos.



## DAGAMA CORRETORA DE SEGUROS

Desde abril de 2009, os consumidores de seguros ou planos de saúde que assinaram contrato depois de janeiro de 1999 podem trocar de operadora, levando para a nova empresa as carências e os períodos de cobertura parcial temporária já cumpridos no plano anterior.

Leia mais em Portabilidade de carências.

No caso de você permanecer na mesma operadora e haver modificações no seu contrato, não concorde com novas carências. Isso não é permitido.

Embora não seja adequado, é comum ocorrer recontagem de carência nas seguintes situações:

- Renovação do contrato por motivo de atraso de pagamento da mensalidade;
- Substituição de um plano por outro na mesma operadora, por vontade do beneficiário. Nesse caso, somente poderá haver a imposição de carência para acesso a uma rede superior de prestadores de serviços de saúde; e
- Transferência de plano para outra operadora devido à extinção ou liquidação da anterior.

Você não deve aceitar, de forma alguma, que a operadora fixe novas carências. Quando isso ocorrer, faça uma consulta ou denúncia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

### *Carências por tipo de contrato*

#### *Individual*

É permitida a exigência de cumprimento de período de carência e de cobertura parcial temporária nos prazos máximos previstos por lei;

#### *Coletivo empresarial*

- Planos com 30 participantes ou mais têm liberação obrigatória de carência e de cobertura parcial temporária desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
- Planos com menos de 30 participantes podem ter exigência do cumprimento de períodos de carência máximos estabelecidos por lei para todos os beneficiários.
- Planos coletivos por adesão têm liberação obrigatória de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo. A cada data de aniversário do contrato, novos beneficiários podem ingressar isentos de carência. Porém, é preciso que estes tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após o prazo de 30 dias, contado da data da celebração do contrato, e desde que a proposta de adesão seja formalizada em até 30 dias da data do aniversário do contrato. O cumprimento de cobertura parcial temporária pode ser exigido pela operadora para todos os participantes.



## *Carência para os dependentes*

Quando o pai ou a mãe têm plano ou seguro de saúde do tipo hospitalar com obstetrícia, é assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, também pode ser inscrito como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e isento do cumprimento de cobertura parcial temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes. Para tal, é preciso que a inscrição se dê no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção. Assim haverá a isenção da carência, não importando se o parto foi ou não coberto pela operadora e o cumprimento de prazos.

Independente do tipo de plano ou seguro de saúde, é assegurada a inclusão de filhos adotivos menores de 12 anos de idade como dependentes, aproveitando os prazos de carência já cumpridos de quem os adota. O conceito de filho adotivo para efeito do plano ou seguro de saúde abrange a guarda provisória, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente.



## Coberturas do Seguro Saúde



## Aonde eu me informo sobre os atendimentos e serviços garantidos pelo meu plano?

As informações sobre os seus direitos de assistência à saúde estão no contrato que você assina com a operadora. Antes de verificar se você tem direito a um procedimento, não deixe de checar qual o tipo de seguro ou plano de saúde que possui.

Todos os beneficiários devem receber das operadoras o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual. Embora a leitura de manuais possa ser enfadonha, não deixe de examinar essas instruções. Lá você encontrará detalhes sobre prazos de carência, vigência do contrato, critérios de reajuste, segmentação assistencial (tipo de plano) e abrangência geográfica do seu plano.

Fique atento também à data da assinatura do contrato: a Lei nº 9.656/98, que entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 1999, representou um marco para o setor, distinguindo os contratos assinados antes e depois dela, sejam coletivos ou individuais.

A orientação básica para os beneficiários que contrataram planos a partir de 2 de janeiro de 1999 pode ser consultada no chamado “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponível no site <http://www.ans.gov.br>.

No site da agência está a listagem da cobertura mínima obrigatória para cada modalidade de plano de saúde (ambulatorial; hospitalar, com ou sem obstetria; e plano referência). A lista só é válida para os planos contratados antes dessa data quando eles tiverem sido adaptados à lei que rege o setor.

A cada dois anos, a ANS publica a atualização do **rol de procedimento e eventos de saúde**. Fique atento!

Já os beneficiários que possuem contratos antigos, assinados antes do dia 2 de janeiro de 1999, têm direito exclusivamente às coberturas de atendimentos e procedimentos médico-hospitalares que constam em seus contratos.

## *Exclusões*

Atenção especial merece ser dada às exclusões de procedimentos definidas tanto nos planos novos como nos antigos ou adaptados.

Dentre as exclusões, os planos e seguros de saúde costumam não se responsabilizar por inseminação artificial, tratamentos estéticos, órteses e próteses não relacionadas com cirurgia (óculos, cadeiras de rodas, muletas, etc.) e medicamentos para uso domiciliar (salvo casos em que a legislação impõe a cobertura, como de alguns quimioterápicos de administração oral previstos no rol da ANS). Também geralmente estão excluídos aluguel de aparelhos ou equipamentos médicos para uso na residência e despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar durante a internação, como jornais, TV, telefone, frigobar e estacionamento.



Para que você tenha maior segurança do que pode exigir da operadora, **Tudo Sobre Seguros** reuniu para você a **legislação** essencial para o seu conhecimento. Pode ser um pouco cansativo, mas informação é fundamental.

### Legislação básica dos planos e seguros de saúde

- Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 - regula contratos assinados a partir de 2 janeiro de 1999
- Medidas Provisórias 1.665, 1.685, 1.730 e 1.976, entre outras
- Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CSS)
- Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor
- Resolução Normativa 262 (com inclusão de novos procedimentos)
- Resolução Normativa 186 (portabilidade de carências)

Os serviços de atendimento médico-hospitalar são idênticos para todos os tipos de planos?

Em primeiro lugar, é importante saber quais foram os procedimentos e atendimentos médico-hospitalares contratados. Essas coberturas têm extensão definida pela legislação de saúde suplementar, o que deve estar necessariamente expresso no contrato.

A época da contratação e as coberturas mínimas obrigatórias do plano são fundamentais para diferenciar os serviços a que o consumidor tem direito. A partir da vigência da Lei nº 9.656/98, os planos passaram a ser considerados “antigos”, “novos” ou “adaptados”.

## Quais são as diferenças entre os planos depois que entrou em vigor a lei que rege o setor?

Planos “novos”

São os planos contratados a partir do dia 2 de janeiro de 1999, portanto, regidos pela Lei nº 9.656/98. As coberturas são definidas pela ANS, abrangendo o tratamento de todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos procedimentos previstos no rol da agência, além de oferecerem outras garantias.



### Planos “antigos”

São aqueles contratados antes do dia 2 de janeiro de 1999. Como são anteriores à Lei nº 9.656/98, as coberturas são exatamente aquelas que constam no contrato, que também especifica as exclusões.

Os planos antigos ficaram fora das mudanças promovidas pela nova legislação, que ampliaram as coberturas, e de outras modificações aprovadas pela ANS, devido a uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) ainda em tramitação na Justiça, embora esses planos estejam sujeitos à fiscalização da agência tanto quanto os planos contratados na vigência da Lei nº 9.656/98.

Para esses planos vale sempre o que está escrito no contrato firmado entre as partes, tanto no que se refere à cobertura quanto em relação aos reajustes.

### *Planos adaptados*

São os planos contratados antes de 2 de janeiro de 1999 e depois adaptados à Lei nº 9.656/98. Com isso, estão garantidas as mesmas coberturas dos planos novos.

Os beneficiários que têm um plano antigo podem adaptá-lo à nova legislação. Basta solicitarem à operadora uma proposta. Apesar de a operadora ter que oferecer essa proposta, o beneficiário não estará obrigado a aceitá-la. Caso seja mais conveniente, é possível permanecer no plano antigo.

### *Diretrizes para adaptação e migração de planos “antigos”*

A ANS definiu as diretrizes de adaptação e migração de planos de saúde individuais e familiares “antigos” (contratos assinados até 1º de janeiro de 1999) à legislação atual do setor.

Tanto para a adaptação quanto para a migração deve haver alteração no valor cobrado pelo plano. No caso da adaptação, a mensalidade pode subir até o limite máximo de 20,59%. Para a migração, a nova mensalidade será igual à cobrada pela operadora do plano no mercado.

Antes de efetivar a adaptação do plano, a operadora deve apresentar para o beneficiário uma proposta com informações sobre o ajuste no preço da mensalidade com a ampliação dos serviços de assistência médico-hospitalar (coberturas).

A decisão de adaptar o contrato “antigo” para a legislação atual do setor é exclusivamente do beneficiário. Em outras palavras, a operadora não pode obrigá-lo ou constrangê-lo a isso, embora deva promover a adaptação ou a migração diante da solicitação do consumidor.



Os planos adaptados têm direito às garantias fornecidas pela Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98), como regras de reajuste, coberturas mínimas obrigatórias e, posteriormente, portabilidade de carências, entre outros avanços.

A migração dos contratos “antigos” para a legislação atual, por sua vez, implica a celebração de um novo contrato de plano de saúde dentro da mesma operadora, de acordo com a ANS.

A agência reguladora recomenda que o consumidor utilize o Guia ANS de Planos de Saúde, disponível em seu site, para conferir as opções de planos compatíveis.

### *Benefícios da adaptação*

Estes são os benefícios da adaptação: acesso ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e às suas atualizações; proibição de nova contagem dos períodos de carência; limitação do reajuste anual por variação de custo para os planos individuais ao percentual autorizado pela ANS; limitação dos reajustes por faixa etária até os 59 anos (Estatuto do Idoso).

## As coberturas são iguais para os diferentes tipos de planos?

Não. As coberturas são diferenciadas conforme o tipo de plano (ambulatorial; hospitalar, com ou sem obstetrícia; odontológico e referência). Cada um deles tem um conjunto com mais ou menos procedimentos cobertos. O beneficiário pode escolher um plano com uma única cobertura ou um plano que combine diversas coberturas, o que é bastante comum.

Ao escolher o plano mais adequado às suas necessidades, você ainda deverá notar dois pontos importantes em relação às redes de hospitais, laboratórios e médicos conveniados. O primeiro é que nem todos os planos dão direito à internação hospitalar. Para ter essa cobertura, a escolha deve recair sobre o plano hospitalar com ou sem obstetrícia, ou o plano referência. Veja no seu contrato qual é o tipo do seu plano.

O segundo ponto é a rede credenciada que o seu plano cobre. Antes de fechar o contrato, avalie bem quais são os hospitais, laboratórios, clínicas e médicos a que você terá direito. Sua operadora poderá substituir médicos, clínicas, laboratórios e hospitais por equivalentes a qualquer tempo, devendo comunicar aos clientes essa substituição com 30 dias de antecedência. Esse comunicado pode ser feito por um aviso no site da operadora e pelo fornecimento dessa informação por meio de sua Central de Atendimento.

Especificamente sobre os hospitais, fique atento: sua operadora só poderá descredenciá-los se substituí-los por equivalentes, mas somente após prévia autorização da ANS. A agência irá exigir da operadora a comprovação de que os demais hospitais da rede têm capacidade para absorver a demanda daqueles que serão descredenciados.

Excepcionalmente, em casos de fraude ou infração sanitária ou fiscal por parte do hospital, ele pode ser descredenciado sem prévio aviso e até sem prévia autorização da ANS. Porém, se isso ocorrer, a operadora é obrigada a repor prontamente o hospital descredenciado ou



comprovar perante a ANS que os demais hospitais da rede têm capacidade de absorver a demanda daqueles descredenciados.

### Quais são as principais coberturas do plano ou seguro saúde?

Além das diferenciações e inovações promovidas pela Lei nº 9.656/98 (veja as respostas anteriores sobre o assunto), existe um aspecto que distingue o plano do seguro saúde. O seguro saúde, em adição à rede referenciada, deve oferecer livre escolha de serviços mediante reembolso, cujo valor é definido no contrato e em tabela de preços.

Quanto à inclusão dos filhos como dependentes dos pais, há isenção de carência quando o pai ou a mãe já tem seguro ou plano de saúde da segmentação hospitalar com obstetrícia, desde que inscrito nos primeiros 30 dias do nascimento, adoção ou guarda. O recém-nascido automaticamente tem direito à assistência médico-hospitalar nos primeiros 30 dias de vida, com isenção do período de carência. Passado esse período, o bebê pode permanecer no seguro ou plano como dependente, mas a sua inscrição deve ser regularizada com a operadora.

Em relação aos filhos adotivos menores de 12 anos de idade, estes podem ser incluídos como dependentes, aproveitando os prazos de carência já cumpridos por quem os adota. O conceito de filho adotivo utilizado pelos planos ou seguros de saúde abrange a guarda provisória, conforme está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente. Conheça as coberturas obrigatórias, referentes a cada um dos planos e seguro de saúde.

### *Plano Referência*

É a modalidade mais completa e abrangente de plano de assistência à saúde. Oferece assistência ambulatorial, clínica, obstétrica e hospitalar, em todo o território nacional, com padrão de enfermagem para internação e unidade de terapia intensiva ou similar. A oferta dessa modalidade de plano é obrigatória.

Esse tipo de plano dá direito a todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, transplantes de rim e córnea e atendimentos de urgência, com acesso a tratamento para doenças de alta complexidade, como câncer e AIDS, entre outras.

### *Coberturas mínimas obrigatórias*

- Consultas médicas ilimitadas.
- Exames de laboratório, de imagens, tratamento e outros procedimentos ambulatoriais.
- Internações hospitalares, inclusive em UTI ou CTI, sem limite de tempo; honorários médicos, serviços de enfermagem e alimentação.
- Parto e pré-natal: o plano referência garante as despesas com acompanhante indicado pela mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Prevê, também, assistência à saúde do recém-nascido nos primeiros 30 dias após o



parto, possibilitando, nesse prazo, a inclusão do bebê como dependente, com total isenção de carência.

- Exames complementares de controle e/ou elucidação de diagnóstico.
- Taxas e materiais, inclusive de sala cirúrgica; medicamentos; anestésicos; gases; transfusões; sessões de quimioterapia e radioterapia durante internação ou pela necessidade de continuidade de assistência, devido à internação anterior, mesmo que em ambulatório.
- Despesas do acompanhante de paciente menor de 18 anos de idade, de idosos a partir de 60 anos de idade e de portadores de necessidades especiais.
- Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional em número ilimitado durante a internação hospitalar e em número limitado (sessões/consultas), como previsto no rol da ANS vigente no momento em que o serviço for demandado, fora da internação hospitalar.
- Fisioterapia, com número de sessões ilimitado.
- Psicoterapia, limitada ao número de sessões previsto no rol da ANS vigente no momento em que o serviço for demandado.
- Remoção para outro estabelecimento, se necessário, dentro da abrangência geográfica prevista no plano, no território brasileiro. Algumas empresas oferecem remoção aérea pelo serviço de assistência 24h, o que constitui uma cobertura adicional que não é de oferta obrigatória pelas operadoras.
- Reembolso, nos limites contratados, em casos de impossibilidade de uso da rede própria, credenciada ou contratada, em casos de urgência ou emergência, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada.
- Procedimentos especiais, relacionados em norma específica: hemodiálise e diálise peritoneal, quimioterapia, radioterapia, radiologia intervencionista; procedimentos de diagnóstico e terapia em hemodinâmica; nutrição parenteral ou enteral; embolizações; exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do paciente submetido a transplante de rim e córnea, mas sem fornecimento da medicação; hemoterapia; e cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

*Alguns procedimentos não são cobertos pelo contrato e, geralmente, aparecem como exclusões de cobertura. Vejam alguns exemplos:*

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- Inseminação artificial.
- Próteses, órteses e acessórios não ligados à cirurgia (óculos, muletas, cadeiras de rodas, etc.). Prótese é qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Órtese é qualquer dispositivo, permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilia funções de um membro, órgão ou tecido.
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.



- Fornecimento de medicamentos para fins domiciliares (salvo alguns casos previstos em lei, como de quimioterápicos administrados por via oral).
- Cataclismos, guerras e tumultos internos, quando declarados pelo governo.

### *Plano Ambulatorial*

É uma das segmentações do Plano Referência, sem incluir internação.

### *Coberturas mínimas obrigatórias*

- Consultas e atendimentos em geral, sem limitação, realizados em consultório ou ambulatório, definidos no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS.
- Exames de laboratório, de imagens, etc.
- Cirurgias ambulatoriais que não exigem internação.
- Urgência e emergência, desde que o período de atenção continuada (observação e acompanhamento) não seja superior a 12 horas.
- Remoção, devido à falta de recursos ou pela necessidade de internação (está implícita no serviço de remoção a transferência do paciente para a rede pública de saúde, em uma unidade do SUS, sendo certo que a responsabilidade do plano ou seguro termina no momento do registro do paciente na unidade do SUS).
- Reembolso de despesas, nos limites contratados, em caso de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da rede própria, credenciada ou autorizada da operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada.
- Consultas e sessões com fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional limitadas ao número de sessões previsto no rol da ANS vigente no momento em que o serviço for demandado.
- Fisioterapia, com número de sessões ilimitado.
- Psicoterapia, limitada ao número de sessões previsto no rol da ANS vigente no momento em que o serviço for demandado.
- Procedimentos especiais ambulatoriais: hemodiálise e diálise peritoneal; quimioterapia ambulatorial.
- Radioterapia.
- Hemodinâmica que não exija internação nem apoio de estrutura hospitalar por período acima de 12h ou UTI.
- Hemoterapia ambulatorial.
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

### *Exclusões*

- Procedimentos que exijam outro tipo de anestesia que não a local, sedação ou bloqueio.
- Quimioterapia oncológica intratecal ou que necessite de internação.
- Embolizações.
- Radiologia intervencionista.



## Plano Hospitalar

Outra segmentação englobada no Plano Referência. Pode incluir ou não cobertura para obstetrícia (parto). Esse plano exclui os atendimentos ambulatoriais, clínicos ou em consultório.

## Coberturas mínimas obrigatórias

- Atendimentos em unidades hospitalares, com internações, inclusive em UTI ou CTI, por prazo ilimitado. Cobre despesas de honorários médicos, serviços de enfermagem, alimentação e exames.
- Atendimentos de urgência ou emergência.
- Parto e pré-natal (estes na segmentação hospitalar com obstetrícia), que garanta as despesas com acompanhante indicado pela mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e prevê assistência à saúde do recém-nascido nos primeiros 30 dias após o parto, possibilitando, nesse prazo, a inclusão do bebê como dependente, com total isenção de carência).
- Cirurgia buco-maxilo-facial, em ambiente hospitalar, incluindo medicamentos, anestésicos e transfusões.
- Procedimentos odontológicos que possam ser feitos em consultório, mas que por necessidade clínica precisem de internação hospitalar.
- Despesas do acompanhante de paciente menor de 18 anos de idade, de idosos a partir de 60 anos de idade e de portadores de necessidades especiais.
- Reembolso de despesas, nos limites contratados, em caso de urgência ou emergência em que não seja possível a utilização da rede própria, credenciada ou autorizada da operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada.
- Procedimentos especiais, relacionados em norma específica e atrelados/ligados à continuidade de tratamento decorrente de internação hospitalar anterior: hemodiálise e diálise peritoneal.
- Quimioterapia ambulatorial.
- Radioterapia.
- Radiologia intervencionista.
- Procedimentos de diagnóstico e terapia em hemodinâmica.
- Nutrição parenteral ou enteral.
- Embolizações; Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.
- Fisioterapia.
- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do paciente submetido a transplante de rim e córnea, mas sem fornecimento da medicação.
- Hemoterapia.
- Cirurgias oftalmológicas.

## Exclusões

- Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.



- Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- Transplantes, à exceção de córnea e rim, bem como de transplantes autólogos previstos no rol da ANS vigente no momento em que o serviço for demandado.
- Consultas ambulatoriais e domiciliares.

### *Plano Odontológico*

Pode ser contratado isoladamente ou em conjunto com outros planos de saúde.

### Coberturas mínimas obrigatórias

- Todos os procedimentos realizados em consultório: exame clínico, radiologia, prevenção, dentística (odontologia estética), endodontia, periodontia e cirurgia (os procedimentos buco-maxilares que necessitam de internação hospitalar não estão cobertos por essa modalidade, a não ser que o paciente esteja internado e possua o plano hospitalar ou referência).
- Atendimentos de urgência e emergência.
- Reembolso de despesas, nos limites contratados, em caso de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da rede própria, credenciada ou autorizada da operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada.
- 

### Quais são as exclusões para todos os tipos de plano?

- Transplantes, à exceção de córnea e rim e dos transplantes autólogos previstos no rol da ANS.
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.
- Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos.
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados (sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária).
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar (exceto alguns medicamentos previstos no rol da ANS, como quimioterápicos de administração oral).
- Inseminação artificial.
- Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- Casos de cataclismos, guerras e tumultos internos declarados pelo governo.



## Eu posso contratar mais de um seguro ou plano de saúde?

Não existe nenhum impedimento, independentemente de o seu plano ou seguro ser individual ou coletivo.

A combinação de diversas coberturas oferecidas pelos planos e seguros de saúde permite agrupá-los em planos de assistência médica com ou sem odontologia; assistência ambulatorial e assistência hospitalar com ou sem obstetrícia.

Você vai encontrar no mercado combinações diferentes de planos, como:

- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial
- Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico
- Referência + Odontológico
- Referência sem obstetrícia + Odontológico
- Referência com obstetrícia + Odontológico

Cabe a você escolher qual a melhor alternativa para atender às suas reais necessidades e capacidade financeira.

Segmento	Cobertura					
	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	✓	✓	✓			
Hospitalar sem obstetrícia				✓		
Hospitalar com obstetrícia				✓	✓	
Odontológico						✓
Referência	✓	✓	✓	✓	✓	

Fonte: ANS



## Perguntas Frequentes



## O aniversário do meu contrato coincide com a mudança de faixa etária. Eu vou ter dois aumentos na mensalidade?

Sim, porque embora os dois ocorram no mesmo momento, as razões para a incidência de cada um dos aumentos é diferente.

Cada vez que o beneficiário muda de faixa etária predefinida no contrato, é aplicado um percentual de reajuste. O aumento por faixa etária decorre da mudança do perfil médio de utilização dos serviços de saúde, que é calculado com base em análises estatísticas e matemáticas.

Em outras palavras, existem pesquisas que comprovam que, a partir de uma determinada idade, os consumidores utilizam mais os serviços de saúde. Dessa forma, os custos sobem, implicando aumento do valor a ser pago por esses serviços.

As regras para o reajuste por faixa etária levam em conta a data em que o contrato foi assinado e valem para planos e seguros individuais e coletivos.

O reajuste é aplicado na idade inicial de cada faixa e pode ocorrer pela mudança da idade do titular ou dos dependentes do plano ou seguro.

As faixas e os percentuais devem estar previstos no contrato, em aditivo ou em tabela anexada ao contrato.

Já o reajuste anual do valor da mensalidade, nos contratos individuais e familiares novos, segue o percentual determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os contratos antigos, assinados antes que a Lei nº 9.656 entrasse em vigor, no dia 1º de janeiro de 1999, são reajustados a cada ano, de acordo com o índice previsto no documento.

## Por que os contratos antigos não são regulados pela ANS?

A Lei nº 9.656/98, no artigo 35-E, determina que a ANS autorize reajuste tanto para os contratos individuais e familiares antigos (assinados antes do início da vigência da lei) como para os assinados depois de 1º de janeiro de 1999 (contratos novos).

Desde agosto de 2003, no entanto, essa determinação legal está suspensa, por ter sido considerada inconstitucional em liminar do Supremo Tribunal Federal (STF).

Depois dessa decisão, que ainda depende de julgamento definitivo do STF, a ANS estabeleceu que, no caso de a regra de reajuste prevista no contrato não ser clara, ou não existir, o reajuste anual deverá estar limitado ao máximo estipulado pela agência reguladora.



A ANS também determinou que os contratos antigos de algumas operadoras podem ser reajustados pelo índice previsto nos termos de compromisso firmados entre a agência e essas operadoras, sendo necessária autorização prévia para a sua aplicação às mensalidades.

**Eu tenho 53 anos e problemas de visão (miopia e astigmatismo). Gostaria de saber se, com as novas regras dos planos e seguros de saúde, eu tenho direito à cirurgia refratária. Meu seguro é ambulatorial e hospitalar, contratado desde 2003.**

Você tem, sim, direito a esse tipo de cirurgia, porque seu plano foi contratado depois que entrou em vigor a Lei 9.656, em 1º de janeiro de 1999.

Se você já tinha conhecimento desse problema antes de assinar o contrato e relatou na declaração de saúde, pode ter entrado na exigência de cobertura parcial temporária. Lesões ou doenças preexistentes acarretam a suspensão de parte da cobertura dos procedimentos diretamente relacionados à doença ou lesão (procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e cirurgias) pelo período de até 24 meses.

Como você assinou seu contrato há mais de dois anos e depois de janeiro de 1999, não se preocupe. Pode, sim, fazer sua cirurgia.

Procure o especialista de sua confiança, credenciado pela operadora ou de sua livre escolha, caso seu contrato preveja essa possibilidade, e marque seus exames.

**Eu tenho um plano de saúde pela empresa em que trabalho. Gostaria de saber se o meu plano cobre a cirurgia que preciso fazer para a catarata congênita que tenho. Estou com 25 anos de idade.**

Toda doença e lesão de que a pessoa tenha conhecimento antes de assinar o contrato com o plano de saúde é considerada doença preexistente.

Nos planos individuais / familiares, nos planos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários e nos planos coletivos por adesão, o tempo de cobertura parcial temporária para tratamento de doenças preexistentes é de 24 meses, ou seja, dois anos.

Nesse caso, a lei prevê que durante esse período o consumidor não tenha acesso a procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e cirurgias diretamente relacionados com a doença ou lesão preexistente. Após esse intervalo de tempo, a cobertura passa a ser integral. Se você for beneficiário de um plano coletivo empresarial com 30 ou mais participantes e pediu seu ingresso no plano em até 30 dias após a assinatura do contrato



entre seu empregador e a operadora ou após a sua admissão na empresa, a operadora tem a obrigação de lhe dar o atendimento, sem impor cobertura parcial temporária.

Minha mãe idosa contratou um plano de saúde e, depois de alguns meses, teve de ser internada com problema de angina. No hospital da rede conveniada, após exames, disseram que ela deveria permanecer internada, pois corria risco de infarto. Pedida a internação, a operadora negou alegando doença cardíaca preexistente. Minha mãe, entretanto, não tinha histórico dessa doença, apenas pressão alta. O que eu posso fazer?

Todas as operadoras têm o serviço de atendimento ao consumidor, e a maioria delas conta com ouvidoria. Tente apresentar a situação a esses departamentos. Esgotada essa alternativa, fale com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo telefone 0800-701-9656 e exponha a situação. A agência vai entrar em contato com a sua operadora e dar a ela um prazo de cinco dias úteis para lhe garantir o atendimento. Se mesmo assim o atendimento for negado, a ANS abrirá um processo administrativo para apurar se a recusa da operadora foi indevida. Constatado o erro, a ANS aplicará uma multa.

Deve-se notar que, na declaração de saúde, preenchida no momento da contratação, o consumidor do plano ou seguro deve mencionar todas as doenças e lesões que lhe afligem e de que tenha conhecimento, sendo, portanto, no caso, obrigatória a revelação da hipertensão arterial, que é doença crônica. Esse é um cuidado fundamental na contratação de qualquer seguro ou plano de saúde. É preciso ver também a carência para as consultas, exames, terapias e cirurgias.

### Eu sou obrigado a adaptar o meu seguro saúde à nova lei?

Não. A adaptação é facultativa e pode ser feita a qualquer tempo. Você também pode fazer a migração para um plano completamente novo.

Para ajudar na sua decisão, peça à seguradora uma proposta. Verifique as coberturas oferecidas e a relação custo / benefício frente ao contrato que você tem.

Não se trata apenas de comparar os novos valores a serem pagos mensalmente, mas sim todas as coberturas a que você tem direito no plano atual com aquelas a que terá direito no novo plano.



Vale lembrar que os planos novos, amparados pela Lei nº 9.656, em vigor desde 1º janeiro de 1999, incluem várias coberturas que anteriormente não eram oferecidas.

### Quais são as condições para adaptar ou migrar de um plano “antigo” para a Lei de Planos de Saúde?

A ANS definiu diretrizes de adaptação e migração de planos de saúde individuais e familiares “antigos” (contratos assinados até 1º de janeiro de 1999) à legislação atual do setor. Se você estiver interessado, leia aqui a Resolução Normativa da ANS nº 254, que entrou em vigor no dia 4 de agosto de 2011.

O teto para aumento do valor da mensalidade dos contratos individuais / familiares e coletivos por adesão antigos, devido à adaptação, é de 20,59%. O processo de adaptação será feito por meio de aditivo ao contrato existente.

Antes de efetivar a adaptação, a operadora deve apresentar para o beneficiário uma proposta com informações sobre o ajuste no preço da mensalidade com a ampliação dos serviços de assistência médico-hospitalar (coberturas).

Os planos adaptados terão direito às garantias fornecidas pela Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98), como regras de reajuste, coberturas mínimas obrigatórias e portabilidade de carências, entre outros avanços que a legislação trouxe.

A migração dos contratos “antigos” para a legislação atual, por sua vez, consiste na celebração de um novo contrato de plano de saúde na mesma operadora, de acordo com a ANS.

A agência reguladora recomenda que o consumidor utilize o Guia de Planos de Saúde, disponível no site da ANS, para conferir as opções de planos compatíveis.

### *Benefícios*

- Acesso ao rol de procedimentos e eventos em saúde e às suas atualizações;
- Proibição de nova contagem dos períodos de carência;
- Limitação do reajuste anual por variação de custo para os planos individuais ao percentual autorizado pela ANS;
- Limitação dos reajustes por faixa etária até os 59 anos (Estatuto do Idoso); e
- Mobilidade com portabilidade de carências e cobertura parcial temporária já cumpridas.



## Vigência



## Quando tem início a validade do meu seguro?

Os seguros e planos novos, contratados depois que a Lei nº 9.656 entrou em vigor, em 1º de janeiro de 1999, têm uniformidade nas regras que determinam quando começam a ter eficácia, ou seja, o início da vigência.

## O contrato tem duração mínima de um ano, a partir da data da assinatura:

- Da proposta de adesão nos seguros e planos coletivos; ou
- Do contrato individual; ou
- Do pagamento de qualquer valor (taxa de adesão, mensalidade ou qualquer nome que se dê a qualquer valor cobrado).

Das três alternativas, vale a que ocorrer em primeiro lugar.

O início da vigência do seu contrato, contudo, não elimina a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência que foram estabelecidos.

Desde abril de 2009, os beneficiários de seguros ou planos de saúde individuais e familiares que assinaram contrato depois de janeiro de 1999 podem trocar de operadora levando para a nova empresa as carências já cumpridas no plano anterior.

Saiba mais sobre a Portabilidade de carências.

## Quando eu posso começar a usar os serviços do plano?

Passadas 24 horas da assinatura do contrato, no máximo, você já tem direito, a depender do tipo de plano, a alguns ou a todos os atendimentos de urgência e emergência. Devem ser observados, porém, os prazos de carência determinados em cada tipo de plano.

Vale destacar que situações de urgência são aquelas em que é necessária assistência médico-hospitalar, em razão da ocorrência de acidentes pessoais ou de complicações durante a gravidez. Emergência é conceito associado a risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente.

O acidente pessoal se caracteriza quando ocorrem danos à integridade física do beneficiário do plano ou do segurado, independentemente de sua vontade, sem estarem relacionados a problemas de saúde, como acidentes de carro, quedas e inalação de gases tóxicos, entre outras causas.

Gestação tubária, eclampsia e aborto são considerados complicações do processo gestacional, tendo cobertura do plano ou seguro de saúde 24h depois do início da vigência do contrato.



Os casos de emergência só podem ser diagnosticados por médico, comprovando que a vida do paciente corre risco.

Todos os atendimentos para urgência e emergência vão variar conforme a cobertura prevista no plano.

Atendimentos de urgência e emergência após 24h do início da vigência do plano

### *Plano Ambulatorial*

Os procedimentos serão realizados apenas em ambulatórios. Mesmo que o beneficiário esteja cumprindo o prazo de carência, ele terá assistência ambulatorial. Esta, no entanto, ficará limitada às primeiras 12 horas, como previsto nesse tipo de plano, e desde que o quadro de saúde do paciente não evolua para internação ou para necessidade de procedimentos exclusivamente hospitalares.

Após 12 horas sem que o paciente tenha alta, a operadora é responsável por sua remoção para uma unidade do SUS com recursos para continuar o tratamento. A participação da operadora só termina quando o paciente é registrado na unidade do SUS.

A remoção do paciente só pode ser autorizada por médico e tem que ser feita por ambulância equipada com os recursos de atendimento necessários para garantir a manutenção da vida.

No caso de o paciente ou de seus familiares optarem pela permanência no hospital em que o segurado está sendo atendido ambulatorialmente, ou ainda, decidirem pela transferência do segurado para um estabelecimento particular, as despesas hospitalares não terão cobertura do plano.

Na hipótese de a remoção do paciente representar risco de morte, os procedimentos para permanência do segurado terão que ser feitos pelo próprio hospital e pelos responsáveis pelo segurado (parentes e familiares, entre outros).

A seguradora não tem responsabilidade sobre esses procedimentos e não está obrigada a assumir nenhum tipo de ônus.

### *Plano Hospitalar sem obstetrícia*

Nos casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, depois de 24 horas do início da vigência do plano, o beneficiário tem direito à assistência integral no hospital, sem restrições.

Já nas situações de emergência que ocorrerem 24h depois do início da vigência do plano, portanto durante o período de carência, que é de 180 dias, o atendimento será feito em ambulatório.

Para ter direito à assistência hospitalar integral, o beneficiário do plano tem que cumprir todos os prazos de carência.



### Plano Hospitalar com obstetrícia

Os planos desse segmento garantem as mesmas condições de cobertura para urgências e emergências que o plano hospitalar sem obstetrícia.

A diferença é que a mulher grávida com problemas durante a gestação pode ser assistida mesmo que não tenha cumprido o prazo de 180 dias de carência para internações e de 300 dias de carência para parto a termo. O atendimento será caracterizado como complicação do processo gestacional e, como tal, um caso de urgência.

### *Plano Odontológico*

Quem tiver contratado esse plano e passar por uma situação de urgência ou emergência de caráter odontológico 24 horas depois do início da sua **vigência** tem assistência garantida. Entre os procedimentos cobertos, nesse caso, estão hemorragia bucal, drenagens de abscessos, curativos, imobilização dentária, recimentação de prótese, tratamento de alveolite e colagem de fragmentos dentários.

### *Plano Referência*

Depois de 24 horas do início da vigência do contrato, o plano referência garante a cobertura integral - ambulatorial e hospitalar - para urgência e emergência, sem qualquer tipo de restrição.

Só haverá limitação para os casos de doenças ou lesões preexistentes quando o prazo de cobertura parcial temporária for de 24 meses. Mesmo assim, o atendimento poderá ser integral para quem optou por pagar um valor adicional à mensalidade, no chamado agravo.



*Coberturas para urgência e emergência após 24 horas da assinatura do contrato:*

Urgência	Emergência
<b>Plano Ambulatorial</b> Atendimento limitado às primeiras 12 horas, em ambulatório.	Atendimento limitado às primeiras 12 horas, em ambulatório.
<b>Plano Hospitalar sem obstetrícia</b> Acidentes pessoais: atendimento integral. Complicações durante a gravidez. Atendimento limitado às primeiras 12 horas, em ambulatório.	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral. Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas, em ambulatório.
<b>Plano Hospitalar com obstetrícia</b> Acidentes pessoais: atendimento integral. Complicações durante a gravidez, com carência cumprida (180 dias): atendimento integral.	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral. Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas, em ambulatório.
<b>Plano Odontológico</b> Atendimento integral às situações classificadas como de urgência.	Atendimento integral às situações classificadas como de emergência.
<b>Plano Referência</b> Atendimento integral.	Atendimento integral.

Fonte: ANS



## *Atendimentos de emergência em psiquiatria*

O atendimento de emergência nessa especialidade segue as mesmas regras das demais situações, sempre de acordo com o plano contratado e as carências previstas.

As operadoras, contudo, são obrigadas a atender às emergências psiquiátricas que possam colocar em risco a vida do paciente ou provocar danos físicos a ele ou a outras pessoas, antes de cumprido o período de 180 dias de carência.

São definidas como emergência psiquiátrica as situações de ameaça ou tentativa de suicídio, autoagressão e que provocam danos morais e patrimoniais expressivos.

## *Atendimento de urgência e emergência devido à doença ou lesão preexistente*

Quando o paciente ainda não tiver cumprido a cobertura parcial temporária de 24 meses, prevista para esse tipo de cobertura, e precisar de atendimento de urgência ou emergência, decorrente da doença ou lesão preexistente que possui, poderá ser assistido em ambulatório. O atendimento é limitado às primeiras 12 horas.

## *Eu preciso pedir autorização à operadora do plano para um caso de urgência ou emergência?*

A operadora está proibida de causar qualquer tipo de constrangimento ou dificuldade para atender ao beneficiário do plano, ainda que ele não tenha cumprido o período de carência. É comum o prestador de serviço entrar em contato com a operadora para verificar a elegibilidade do paciente (se ele efetivamente é cliente da operadora e se o seu plano cobre o procedimento). Nos casos de urgência e emergência, o prestador deve entrar em contato com a operadora prontamente, e a resposta da operadora ao prestador deve ser imediata.

## *Reembolso*

A operadora também é responsável pelo reembolso de despesas que você tiver numa situação dessas, por não conseguir utilizar os serviços oferecidos por ela, devido à impossibilidade de chegar a um prestador credenciado num momento de urgência (desde que você esteja dentro da área de atuação do plano) ou mesmo devido à falta de leito, equipamentos quebrados e inexistência de médico especialista para o caso, por exemplo.

O valor do reembolso será limitado à cobertura contratual (se seu plano é ambulatorial, não haverá reembolso para internação, por exemplo). O pagamento será feito no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação e dos comprovantes de gastos. O valor deverá ser, no mínimo, igual ao que a operadora teria que pagar ao prestador de serviços de sua rede própria ou credenciada para o seu plano.



## *Pagamento antecipado*

A exigência de emissão de cheque-caução é ilegal.

Você não deve emitir cheque-caução ou fazer um depósito para ser atendido em casos de emergência e urgência, em hospitais, prontos-socorros, ambulatórios da rede própria ou credenciada da operadora.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que o prestador de serviços médico-hospitalares que condicionar o atendimento a um depósito ou cheque-caução poderá ser incriminado judicialmente. As denúncias feitas à agência fiscalizadora são encaminhadas ao Ministério Público.

## O seguro ou plano de saúde é renovado automaticamente?

Sim. A renovação automática do contrato é garantida por lei. Além disso, são proibidas a cobrança de qualquer taxa no ato de renovação e exigências para recontagem de carência.

## A operadora pode rescindir o meu contrato?

Os contratos individuais ou familiares, novos ou antigos, em princípio, são por tempo indeterminado. Mas, na prática, você vai encontrar no contrato referência a um determinado período de vigência, que pode ser de um a dois anos.

Em geral, há uma cláusula que prevê prorrogação por tempo indeterminado quando nenhuma das partes - o titular do plano e a operadora - se manifestar contra a continuidade do contrato.

Entretanto, existem situações previstas em lei que podem levar à suspensão ou perda do contrato, que têm que constar expressamente no texto do instrumento contratual.

São apenas duas as situações previstas em lei que podem interferir na manutenção do contrato.

A primeira delas, nos contratos individuais ou familiares, é a falta de pagamento pontual por mais de 60 dias, consecutivos ou não, dentro do período de um ano. A imp pontualidade ou a inadimplência podem ser punidas com a suspensão da cobertura do seguro ou plano de saúde até o pagamento ser normalizado ou com a rescisão do contrato, mas em ambos os casos a operadora terá que comunicar a decisão ao beneficiário com antecedência de dez dias, isto é, no 50º dia de impontualidade ou inadimplência, para dar tempo ao beneficiário de resolver o problema e não ficar sem o plano ou seguro.

Na hipótese de a operadora não avisar que vai suspender ou rescindir o contrato por impontualidade ou inadimplência, este não poderá ser suspenso nem rompido, por



determinação da lei, que garante a oportunidade de o beneficiário reverter a situação e não perder o seguro ou plano.

Se acontecer de o contrato ser suspenso ou rescindido sem aviso prévio, o beneficiário deve denunciar a operadora à agência reguladora pelo Disque-ANS: 0800-701-9656.

A operadora tem o direito de romper o contrato quando constatar fraude por parte do beneficiário. Uma das causas mais frequentes de ruptura é a omissão proposital de doenças ou lesões preexistentes, caso em que a operadora precisará de autorização da ANS para rescindir o contrato.

Nos contratos coletivos existe a possibilidade de a operadora realizar a rescisão sem que a outra parte concorde.

## O beneficiário pode pedir rescisão do plano?

Supondo que você tenha encontrado um seguro ou plano com mais atrativos que o seu atual, que responda melhor às suas necessidades de saúde e capacidade financeira, já é possível fazer a troca sem ter que cumprir novamente os períodos de carência.

O beneficiário pode pedir a transferência de plano para outra operadora levando para a nova empresa as carências já cumpridas na anterior.

Leia mais em Portabilidade de carências.

## A operadora pode negar atendimento a beneficiário inadimplente?

O atendimento não pode ser negado sem a prévia notificação do consumidor, com a oportunidade de regularizar sua situação no prazo de dez dias, de modo a evitar a acumulação de 60 dias de atraso. O Artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/88 (Lei dos Planos de Saúde) proíbe a suspensão do atendimento ou a rescisão do contrato antes de decorridos 60 dias de inadimplência.

No 61º dia de atraso, o contrato é automaticamente rescindido, não cabendo à seguradora mais nenhuma responsabilidade em relação ao segurado.

A exceção se dá quando o beneficiário inadimplente se encontra internado, hipótese em que o seu contrato não pode ser suspenso ou rescindido.

## Exemplo

Caso o cliente já estivesse em tratamento antes e continuasse a precisar de cuidados médicos em internação ao completar o 61º dia de inadimplência, a seguradora não poderia interromper o atendimento.