

# PLANO DE SAÚDE

Tenha em mãos  
informações importantes

Guarde junto com o cartão do seu plano  
de saúde para consultar quando precisar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a **agência reguladora de planos de saúde do Brasil**. Vinculada ao Ministério da Saúde, atua em todo o país na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde.

Este material foi produzido em formato de perguntas e respostas para esclarecer dúvidas que podem surgir no momento em que você for utilizar seu plano de saúde.

Atualizado em dezembro/2011

## **Contratei um plano de saúde. Quando posso começar a usá-lo?**

Você poderá usar o seu plano após cumprir a carência, que é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas. Os prazos máximos de carência são:

- **24 horas** para urgências e emergências;
- **300 dias** para parto a termo (em gestações com mais de 37 semanas); e,
- Até **180 dias** para consultas, exames, internações e cirurgias.

## **Os atendimentos dos casos de urgência/emergência precisam de autorização prévia?**

Não. A operadora de planos de saúde não pode utilizar nenhum mecanismo que impeça ou dificulte o atendimento nessas situações. Além disso, o local de atendimento credenciado ao plano está proibido de exigir de você cheque-caução ou equivalente.



## **Meu plano de saúde é obrigado a cobrir todos os atendimentos de que eu precisar?**

Não. O plano somente é obrigado a oferecer o que estiver no contrato, de acordo com a segmentação (referência, ambulatorial, hospitalar, obstétrica, odontológica e suas combinações) e a cobertura para os procedimentos previstos na lista de cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde estipulada pela ANS. Esta lista é o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e pode ser acessada em **[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)**. Se o seu contrato tiver cláusula de cobertura para algum procedimento que não esteja nessa lista, o plano é obrigado a cobri-lo também.

## **Posso ser atendido pelo plano de saúde em qualquer lugar do país?**

Depende. A operadora é obrigada a garantir o atendimento na área de abrangência geográfica prevista no contrato. Por exemplo, se o plano de saúde for de cobertura nacional, o atendimento será obrigatório em todo o território nacional. Verifique a abrangência geográfica do plano – ela pode ser Municipal, Grupo de Municípios, Estadual, Grupo de Estados ou Nacional.



## **Se eu precisar marcar consultas, exames e internações, em quanto tempo devo ser atendido?**

A ANS estabelece prazos máximos para o atendimento do beneficiário de plano de saúde nos serviços e procedimentos por ele contratados. Este prazo refere-se ao atendimento por qualquer profissional da especialidade desejada e não por um profissional específico, da preferência do beneficiário. A ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores e sim regular para que haja no mínimo uma alternativa para o atendimento ao beneficiário. Veja alguns prazos máximos:



- **Consulta básica** - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia - em até 07 dias úteis;
- Consulta nas **demais especialidades** - em até 14 dias úteis;
- **Exame** - laboratórios de análises clínicas em regime ambulatorial - em até 3 dias úteis;
- **Internação** - em até 21 dias úteis;
- **Urgência/Emergência** (determinada pelo médico assistente) - atendimento imediato.

Saiba os prazos máximos para outros serviços em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).



## **Meu médico só tem disponibilidade para consulta daqui a um mês. A empresa que me vendeu o plano será penalizada por isso?**

Depende. Mas é preciso ficar claro que a operadora é obrigada a disponibilizar um profissional (laboratório/hospital), e não o profissional de sua escolha. Portanto, se o profissional de saúde ou estabelecimento (clínica/laboratório/hospital) escolhido por você não puder atendê-lo dentro do prazo estipulado pela ANS, e for seu desejo ser atendido somente por este profissional ou estabelecimento de saúde, você deve aguardar a disponibilidade dele. Caso você abra mão de ser atendido no

prestador de saúde de sua escolha, a operadora deverá indicar outro profissional ou estabelecimento de saúde para realizar o atendimento dentro do prazo estipulado pela ANS.



## **Existe algum limite para o número de consultas ou exames que podem ser feitos?**

Não pode haver limitação de cobertura para consultas médicas e fisioterápicas, exames e número de dias em internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI). As exceções são somente para: sessões de psicoterapia, terapia ocupacional, consultas com nutricionistas e fonoaudiólogos, que podem ser limitadas ao mínimo estabelecido pela ANS.



**O profissional de saúde de minha confiança e o laboratório onde sempre faço exames foram descredenciados e não atendem mais pelo meu plano de saúde. Isso é possível?**

Sim. A operadora pode substituir ou até excluir um profissional de saúde ou um estabelecimento que não seja um hospital, desde que mantenha a garantia de atendimento aos seus beneficiários. Além disso, qualquer mudança desse tipo deve ser informada ao consumidor.

## **O hospital onde eu pretendia fazer uma cirurgia foi descredenciado e substituído por outro hospital. Isso é possível?**

Sim. A operadora de planos de saúde pode substituir uma unidade hospitalar de sua rede prestadora por outra equivalente, desde que comunique aos beneficiários e à ANS com 30 dias de antecedência.

## **O hospital onde eu pretendia fazer uma cirurgia foi descredenciado e não atende mais pelo meu plano de saúde. Isso é possível?**

Sim. A operadora de planos de saúde pode excluir uma unidade hospitalar de sua rede prestadora, mas, antes deverá solicitar e obter autorização da ANS. Além disso, qualquer mudança desse tipo deve ser informada ao beneficiário.



## **O que faço se tiver algum pedido de consulta, exame ou internação negado pelo plano de saúde?**

Verifique o tipo de plano que você possui e a data de contratação. O plano pode ser: ambulatorial, hospitalar, odontológico, obstétrico e suas combinações. A data de contratação mostra se foi antes ou depois da Lei nº 9.656/98. Para planos contratados antes de 01/01/1999 e não adaptados à Lei, devem ser cobertos os atendimentos listados no contrato. Já os contratados a partir dessa data ou adaptados à Lei, garantem atendimento para, além do que o plano oferecer no contrato, uma lista de consultas, exames e tratamentos com cobertura obrigatória estabelecida pela ANS. Se você teve algum procedimento garantido por lei negado, entre em contato com a ANS, em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), pelo 0800 701 9656 ou em um dos 12 Núcleos da ANS no país.



## Se eu ficar internado, tenho direito a acompanhante?

Você terá direito à cobertura de despesas de diária de um acompanhante no local da internação se for menor de 18 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos. Portadores de necessidades especiais também têm esse direito. São exceções os casos de CTI – nesse ambiente, não é possível contar com acompanhante. Nos demais casos, verifique atentamente o que está no contrato.



## **São limitadas as quantidades de dias para internações hospitalares e em UTI?**

Não. A Lei nº 9.656/98 garante aos beneficiários de planos de saúde, com planos contratados a partir de 01/01/1999, a internação sem limite de prazo. Cabe ao seu médico determinar o tempo necessário de internação.

**Atenção:** Alguns contratos têm previsão de coparticipação (pagamento de uma parte da internação pelo beneficiário) depois de passados 30 dias de internação psiquiátrica em um ano. Isso objetiva evitar internações desnecessárias ou por tempo exagerado de pacientes que podem fazer acompanhamento ambulatorial, de acordo com a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

**Se meu plano só cobrir acomodação em enfermaria e nela não houver leito disponível no momento da internação, preciso pagar se a internação for em quarto particular?**

Não. Nesse caso, o acesso será garantido em uma acomodação de nível superior, sem custo adicional. Esta regra se aplica aos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano.



## **Se passar por uma cirurgia, terei que pagar o anestesista e o instrumentador/auxiliar? O plano de saúde deve me reembolsar todo o valor investido?**

A cobrança pelos serviços de anestesia somente é possível nos planos de livre escolha dos prestadores de serviços médicos. Ou seja, empresas sem rede assistencial própria ou contratada. Nestes casos, o beneficiário deverá ser reembolsado pelas despesas na cirurgia, inclusive com os procedimentos de anestesia, nas condições contratadas.

Já os planos com rede própria ou contratada, as operadoras devem

oferecer serviços de anestesia por meio dos hospitais, próprios ou contratados, ou mesmo de anestesistas credenciados, por ser de cobertura obrigatória. Neste caso, ficam responsáveis pelo pagamento do procedimento diretamente aos prestadores. Não garantir essa cobertura pode configurar infração passível de penalidade.



## **Eu posso ficar sem atendimento se estiver com a mensalidade atrasada?**

Depende. Se nos últimos 12 meses o atraso for superior a 60 dias corridos ou não, a empresa que vendeu o plano poderá suspender ou rescindir o seu contrato. E, com isso, não fornecer o atendimento que você precisar. Mas, para isso, você precisa ter sido comprovadamente comunicado até o 50º dia de atraso do pagamento da mensalidade. Nos contratos de planos coletivos prevalecerá o que está em contrato.

**Verifique a data de vencimento de sua mensalidade e evite pagar com atraso.**

## **A empresa que me vendeu o plano de saúde pode me excluir do contrato?**

Nos planos individuais/familiares, somente em dois casos: se você não pagar as mensalidades por mais de 60 dias nos últimos 12 meses ou se cometer algum tipo de fraude, por exemplo, se na contratação do plano não informar na declaração de saúde que possui alguma doença ou lesão preexistente (DLP) de que saiba ser portador. Porém, o contrato somente poderá ser suspenso ou rescindido se após o julgamento administrativo da ANS ficar comprovada a fraude. Até lá, a operadora não poderá suspender nem cancelar os atendimentos. É importante saber que ninguém pode ser excluído de um plano por causa de sua idade ou condição de saúde. Nos contratos de planos coletivos prevalecerá o que está em contrato.

## O preço da mensalidade do plano de saúde pode aumentar?

Sim. Ele é reajustado em dois momentos: anualmente, na data de aniversário do contrato e quando você completar uma idade que ultrapasse o limite da faixa etária em que você se enquadrava antes.









Preencha os dados abaixo, mantenha este guia junto ao cartão de seu plano e, em caso de dúvida, ligue para o **Disque-ANS 0800 701-9656.**

Nome:

Tipo sanguíneo:

Operadora:

Plano:

Matrícula do beneficiário:

Nº do registro da operadora na ANS:

Em caso de acidente, avisar a:

Nome:

Telefone:

# CANAIS DE RELACIONAMENTO

**FALE COM A ANS**

**[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)**

**DISQUE-ANS**

**0800 701 9656**

de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h,  
exceto feriados nacionais

**NÚCLEOS DA ANS**

confira o endereço mais perto  
de você em **[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)**