



O QUE O SEU PLANO DE SAÚDE NÃO QUER QUE VOCÊ SAIBA

eBook grátis

UM GUIA DE COMO
ENTENDER SEU
PLANO DE SAÚDE

04

Quem sou eu? -
Conhecendo Dra. Carla
de Albuquerque Pereira

05

Você conhece seu plano
de saúde?

06 Conhecendo sua
Carteirinha de Saúde

08

Você tem um plano de
saúde ou seguro saúde?

10

Tipos de plano de saúde

12 Você Sabia? Lei nº 9.656/98

13

Cobertura do seu plano
de saúde

14 coberturas mínima
obrigatória

15 exclusão e limitações do
plano de saúde

ÍNDICE

16 autorização prévia

17 rede credenciada

18

Direitos do beneficiário

19 Urgência e Emergência

20 Prazos de garantia de
atendimento

22 Cancelamento do plano
de saúde

23

Resolução de Conflitos

25

Ações Judiciais

27

Por quais direitos vamos
lutar hoje?

29

Contato

ÍNDICE



QUEM SOU EU?

Dra. Carla de Albuquerque Pereira

OAB/PR 113.700 |
OAB/SP 502.695 |
OAB/PE 56.656 |

Olá, sou Carla de Albuquerque Pereira. Sou advogada, fundadora deste escritório e apaixonada pelo que faço. Atuo principalmente nas áreas de Direito da Saúde e Direito de Família, sempre com foco em acolhimento, escuta e soluções reais para quem nos procura.

Tive a oportunidade de trabalhar dentro de uma grande operadora de saúde por mais de dois anos, o que me deu uma visão profunda de como o sistema funciona "por dentro". Isso reforçou minha escolha: **defender quem está do outro lado – o paciente, a família, o consumidor.**

Hoje, o escritório cresceu. Atendemos também casos nas áreas trabalhista e previdenciária, e abrimos espaço para formação de novos profissionais com um programa de estágio e mentoria jurídica, com muito aprendizado na prática.

Seja muito bem-vindo(a). Vai ser um prazer caminhar com você.

Graduada em Direito pela Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina (FACAPE)

Pós- Graduada em Direito Civil e Processual Civil

Pós-Graduada em Direito da Família e Sucessões

Pós-Graduada em Direito Médico e da Saúde

05

VOCÊ
CONHECE SEU
PLANO DE
SAÚDE?

CP

CONHECENDO SUA CARTEIRINHA DE SAÚDE



CONHECENDO SUA CARTEIRINHA DE SAÚDE

1. Número de Identificação do Beneficiário
2. Nome do Beneficiário: titular ou dependente.
3. Número do Cartão Nacional de Saúde: Esta numeração é gerada a partir da unificação de identificação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o plano privado.
4. Data de Nascimento: dia, mês e ano de nascimento.
5. Padrão de Acomodação em internação: Enfermaria ou Apartamento.
6. Abrangência geográfica do plano: Regional, Estadual ou Nacional
7. Eventual Cobertura Parcial Temporária: Após o preenchimento da ficha médica no termo de adesão pode haver a inclusão de CPT
8. Data de Validade: O cartão tem prazo de validade de 24 meses.
9. Tarja magnética com o código do Beneficiário
10. Referência quanto à obrigatoriedade de apresentação conjunta de documento de identificação com foto: Esta exigência é uma proteção para o Beneficiário em caso de perda do cartão.
11. Endereço da página do seu plano de saúde
12. Central de Atendimento ao Beneficiário
13. Atendimento 24h para deficientes auditivos
14. Central de Autorização
15. Código da Operadora junto à ANS sob o nº XXXXX - Este código foi gerado pela Agência Nacional de Saúde, indicando que sua operadora de saúde está habilitada
16. Rede Atendimento: Há planos com diferentes redes de atendimento. Essa rede de atendimento se refere à lista de prestadores de serviços de saúde que estão credenciados ou contratados pela operadora do plano para oferecer atendimento aos beneficiários.
17. Plano: Plano Não Regulamentado e Plano Regulamentado
18. Contratante: Para planos empresarial
19. Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com ou sem obstetrícia + Odontológico
20. Códigos utilizados pela ANS: Como número do contrato e o número do contratante
21. Carências e CPT: Aqui vem descritas as datas para finalização das Carências e CPT
22. Disque ANS: Como fazer Reclamação direto à ANS.
23. Área de Atuação do produto: Em casos que o plano é regional

08

VOCÊ TEM UM
PLANO DE
SAÚDE OU
SEGURO
SAÚDE?

CP

PLANO DE SAÚDE OU SEGURO SAÚDE?

Embora os termos "plano de saúde" e "seguro saúde" sejam frequentemente usados de forma intercambiável, eles se referem a conceitos ligeiramente diferentes no contexto do sistema de cuidados de saúde. Aqui está a diferença básica entre eles:

Plano de saúde

- Individual, Familiar ou Empresarial
- Rede Credenciada
- Pagamento mensal
- Possibilidade de Co-participação
- Abrangência Local, Regional, Nacional
- Carências pré-determinada
- Regulamentado pela Agência Nacional de Saúde (ANS)

Seguro de saúde

- Geralmente Individual ou Empresarial
- Reembolso para serviços fora da rede
- Prêmio (valor) variável baseado na faixa etária e coberturas escolhidas
- Abrangência geralmente Nacional
- Geralmente sem carência
- Superintendência de Seguros Privados (Susep)

Em resumo, a principal diferença entre um plano de saúde e um seguro saúde está na forma como são estruturados. Um plano de saúde é um contrato com uma operadora de plano de saúde que oferece uma cobertura abrangente dentro de uma rede de provedores afiliados. Já um seguro saúde é uma apólice de seguro que oferece reembolso para despesas médicas, permitindo ao segurado escolher seus próprios provedores de cuidados de saúde.



10

TIPOS DE PLANO DE SAÚDE

CP

TIPOS DE PLANO DE SAÚDE

1. Plano de Saúde Individual/Familiar:

- Destinado a pessoas físicas ou famílias que desejam contratar um plano diretamente com uma operadora.
- As mensalidades são calculadas com base na idade, número de beneficiários e cobertura oferecida.
- Oferece cobertura médica, hospitalar e ambulatorial, de acordo com o rol de procedimentos definido pela ANS.

2. Plano de Saúde Coletivo por Adesão:

- Disponível para profissionais associados a entidades de classe, como conselhos profissionais e sindicatos.
- Oferece benefícios coletivos a um grupo de pessoas com vínculo associativo.
- Os valores das mensalidades são negociados pela entidade contratante em nome dos beneficiários.

3. Plano de Saúde Coletivo Empresarial:

- Oferecido pelas empresas a seus funcionários como um benefício.
- As mensalidades são pagas em parte pela empresa e em parte pelo funcionário.
- Geralmente, apresenta condições mais vantajosas e custos menores em comparação com os planos individuais/familiares.

4. Plano de Saúde por Autogestão:

- São planos oferecidos por empresas e instituições que criam uma autogestão para administrar os serviços de saúde de seus próprios funcionários ou associados.
- A gestão do plano é realizada pela própria empresa ou por uma entidade criada para esse fim.

5. Plano de Saúde Odontológico:

- Oferece cobertura exclusivamente odontológica, abrangendo consultas, exames, procedimentos e tratamentos dentários.
- Pode ser contratado de forma individual, familiar ou coletiva, e há opções que combinam o plano odontológico com o plano de saúde médico.

6. Plano de Saúde Hospitalar:

- É um tipo específico de plano que oferece cobertura hospitalar, incluindo internações, cirurgias e procedimentos realizados em ambiente hospitalar.
- Pode ser contratado de forma individual ou coletiva.

VOCÊ SABIA?

ATÉ 1999, OS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL ERAVAM REGULADOS POR LEIS ESTADUAIS E MUNICIPAIS, O QUE RESULTAVA EM DIFERENTES REGRAS E PADRÕES DE COBERTURA EM CADA LOCALIDADE. NÃO HAVIA UMA REGULAMENTAÇÃO NACIONAL ABRANGENTE PARA O SETOR, O QUE GERAVA VARIAÇÕES SIGNIFICATIVAS ENTRE OS PLANOS OFERECIDOS PELAS DIFERENTES OPERADORAS.

APÓS 1999, FOI PROMULGADA A LEI Nº 9.656/98, QUE ESTABELECEU AS BASES PARA A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO PAÍS. ESSA LEI TROUXE MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS E ESTABELECEU DIRETRIZES MAIS CLARAS PARA O SETOR. AQUI ESTÃO ALGUMAS DAS PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE OS PLANOS DE SAÚDE ANTES E DEPOIS DE 1999:

ABRANGÊNCIA

CRITÉRIOS PARA
REAJUSTES

COBERTURA MÍNIMA (ROL
ANS)

REGULAMENTAÇÃO ANS

CARÊNCIAS E DOENÇAS
PRÉ-EXISTENTES

REGRAS PARA PORTABILIDADE
(MUDANÇA ENTRE PLANOS DE
SAÚDE)

13

COBERTURA
DO SEU
PLANO
DE SAÚDE

CP

COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula os planos de saúde e estabelece uma lista de **coberturas mínimas obrigatórias**, conhecida como Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Essa lista é atualizada periodicamente e define os serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais que devem ser cobertos pelos planos de saúde.

- CONSULTAS MÉDICAS EM DIVERSAS ESPECIALIDADES.
- EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, COMO RADIOGRAFIAS, ULTRASSONOGRAFIAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS.
- INTERNAÇÕES HOSPITALARES CLÍNICAS OU CIRÚRGICAS.
- CIRURGIAS EM GERAL, INCLUINDO AS DE ALTA COMPLEXIDADE.
- TRATAMENTOS AMBULATORIAIS, COMO QUIMIOTERAPIA, HEMODIÁLISE E RADIOTERAPIA.
- TRATAMENTOS AMBULATORIAIS, COMO QUIMIOTERAPIA, HEMODIÁLISE E RADIOTERAPIA.
- FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS DURANTE A INTERNAÇÃO.
- TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE.
- ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PRÉ-NATAL, PARTO E PÓS-PARTO.
- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, INCLUINDO SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO.

VALE RESSALTAR QUE, EMBORA ESSES SERVIÇOS SEJAM COBERTOS OBRIGATORIAMENTE PELOS PLANOS DE SAÚDE, PODEM EXISTIR ALGUMAS RESTRIÇÕES E LIMITAÇÕES, COMO PRAZOS DE CARÊNCIA, COBERTURAS PARCIAIS OU EXCLUSÕES ESPECÍFICAS. É IMPORTANTE CONSULTAR O CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE E AS ESPECIFICAÇÕES DA SUA APÓLICE PARA OBTER INFORMAÇÕES DETALHADAS SOBRE A COBERTURA OFERECIDA PELO SEU PLANO. E AINDA, HÁ SITUAÇÕES ESPECÍFICAS QUE PODEM SE TORNAR OBRIGATÓRIA A COBERTURA DO TRATAMENTO PELO SEU PLANO DE SAÚDE.



EXCLUSÃO E LIMITAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE

As exclusões e limitações de cobertura do plano de saúde podem variar dependendo da operadora e do tipo de plano contratado. No entanto, existem algumas exclusões e limitações comuns que podem estar presentes nos planos de saúde. Aqui estão alguns exemplos:

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

TRATAMENTOS EXPERIMENTAIS

MEDICAMENTOS (NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTO DA ANS OU APROVADO PELA ANVISA)

ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA

É IMPORTANTE VERIFICAR ATENTAMENTE O SEU CONTRATO PARA ENTENDER SUAS LIMITAÇÕES E COBERTUAS. NO ENTANTO, HÁ DIVERSAS SITUAÇÕES QUE DEVERÃO SER COBERTAS PELO SEU PLANO DE SAÚDE, SENDO NECESSÁRIO A ANÁLISE DA SITUAÇÃO. POR ISSO, SE ESTÁ PASSANDO POR ALGUMA LIMITAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE, PROCURE-ME, E POSSO SANAR SUA DÚVIDA!



AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Os planos de saúde podem exigir autorização prévia para determinados procedimentos e tratamentos antes que o segurado possa utilizá-los. Essa autorização prévia, também conhecida como "prévia de procedimentos", é uma forma de controle utilizado pelas operadoras de planos de saúde para garantir a adequação e necessidade do procedimento ou tratamento em questão. Alguns exemplos de procedimentos e tratamentos que geralmente estão sujeitos a autorização prévia incluem:

- CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.
- INTERNAÇÕES HOSPITALARES.
- EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE, COMO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E CINTILOGRAFIA.
- TRATAMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, COMO FERTILIZAÇÃO IN VITRO.
- TRATAMENTOS EXPERIMENTAIS OU FORA DO ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS.
- REALIZAÇÃO DE PRÓTESES, ÓRTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.
- TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS DE ALTA COMPLEXIDADE.
- TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS.
- MEDICAÇÕES DE ALTO CUSTO.

IMPORTANTE!

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NÃO REQUER AUTORIZAÇÃO PRÉVIA. CASO ESTEJA PASSANDO POR ESSA SITUAÇÃO SAIBA QUE O PLANO ESTÁ INFRINGINDO VÁRIAS LEIS E REGULAMENTOS! PROCURA-ME E TE AJUDO!



REDE CREDENCIADA

A obrigatoriedade da utilização da rede credenciada é uma das características comuns dos planos de saúde. A rede credenciada consiste em uma lista de médicos, hospitais, clínicas e outros prestadores de serviços de saúde que possuem contrato com a operadora do plano de saúde. Quando um beneficiário de um plano de saúde precisa de atendimento médico, geralmente é encorajado a utilizar os serviços da rede credenciada.

EM ALGUMAS SITUAÇÕES, OS TRIBUNAIS TÊM ENTENDIDO QUE O BENEFICIÁRIO TEM DIREITO AO REEMBOLSO TOTAL OU PARCIAL DOS CUSTOS DE ATENDIMENTOS REALIZADOS FORA DA REDE CREDENCIADA, MESMO EM PLANOS QUE ESTABELECEM A OBRIGATORIEDADE DE UTILIZAÇÃO DA REDE.

EM CASOS ESPECÍFICOS, A JURISPRUDÊNCIA TEM CONSIDERADO QUE A OBRIGATORIEDADE DE UTILIZAÇÃO EXCLUSIVA DA REDE CREDENCIADA PODE SER UMA CLÁUSULA ABUSIVA OU QUE RESTRINGE INDEVIDAMENTE O DIREITO DO BENEFICIÁRIO DE ESCOLHER O PROFISSIONAL OU ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE SUA PREFERÊNCIA.

OS TRIBUNAIS TAMBÉM TÊM CONSIDERADO QUE O REEMBOLSO DEVE SER ADEQUADO E SUFICIENTE PARA COBRIR OS CUSTOS RAZOÁVEIS DO ATENDIMENTO FORA DA REDE.

NO ENTANTO, É IMPORTANTE RESSALTAR QUE CADA CASO É ÚNICO E AS DECISÕES JUDICIAIS PODEM VARIAR. SE VOCÊ ESTIVER ENFRENTANDO UMA SITUAÇÃO ESPECÍFICA RELACIONADA AO REEMBOLSO DE UTILIZAÇÃO DE REDE NÃO CREDENCIADA EM SEU PLANO DE SAÚDE, PROCURA-ME QUE TE AJUDAREI A ENTENDER A SITUAÇÃO!



18

DIREITOS DO BENEFICIÁRIO

CP

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nos planos de saúde no Brasil, o acesso a serviços de urgência e emergência é um direito assegurado aos beneficiários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece que os planos de saúde são obrigados a garantir atendimento imediato em situações de urgência e emergência, independentemente da rede credenciada.

URGÊNCIA

AGRAVO À SAÚDE QUE
IMPLIQUE RISCO IMEDIATO DE
VIDA OU DE LESÕES
IRREPARÁVEIS AO PACIENTE,
EXIGINDO ASSISTÊNCIA
MÉDICA IMEDIATA.

EMERGÊNCIA

CARACTERIZADA POR CASOS
EM QUE HÁ RISCO IMEDIATO À
VIDA OU DE LESÕES GRAVES,
SENDO NECESSÁRIA
INTERVENÇÃO MÉDICA
IMEDIATA.

CASO HAJA ALGUM PROBLEMA OU RECUSA INDEVIDA POR PARTE
DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE EM FORNECER O
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, É RECOMENDÁVEL
BUSCAR ORIENTAÇÃO JURÍDICA OU REGISTRAR UMA RECLAMAÇÃO
JUNTO À ANS, E/OU PROCURAR ALGUÉM QUE POSSA TE ORIENTAR
CORRETAMENTE! E PARA ISSO, ESTOU A DISPOSIÇÃO!



PRAZOS DE GARANTIA DE ATENDIMENTO

Os prazos para marcação de consultas e exames em um plano de saúde podem variar dependendo do tipo de plano, da operadora e da especialidade médica ou tipo de exame solicitado. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece alguns prazos máximos para o agendamento de consultas e exames, conhecidos como "prazo máximo de atendimento", que devem ser observados pelas operadoras de planos de saúde. De acordo com a Resolução Normativa 566/2022 da ANS, os prazos máximos de atendimento são os seguintes:

I - CONSULTA BÁSICA - PEDIATRIA, CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA:	EM ATÉ 7 DIAS ÚTEIS
II - CONSULTA NAS DEMAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS:	EM ATÉ 14 DIAS ÚTEIS
III - CONSULTA/SESSÃO COM FONOaudiólogo:	EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS
IV - CONSULTA/SESSÃO COM NUTRICIONISTA:	EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS
V - CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO:	EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS
VI - CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL:	EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS
VII - CONSULTA/SESSÃO COM FISIOTERAPEUTA:	EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS
VIII - CONSULTA/SESSÃO COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ:	EM ATÉ 7 DIAS ÚTEIS
IX - CONSULTA E PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CONSULTÓRIO/CLÍNICA COM CIRURGIÃO-DENTISTA:	EM ATÉ 7 DIAS ÚTEIS
X - SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM REGIME AMBULATORIAL:	EM ATÉ 3 DIAS ÚTEIS
XI - DEMAIS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA EM REGIME AMBULATORIAL:	EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS
XII - TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS DOMICILIARES DE USO ORAL, INCLUINDO MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO E ADJUVANTES E PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER E HEMOTERAPIA, NA QUALIDADE DE PROCEDIMENTOS CUJA NECESSIDADE ESTEJA RELACIONADA À CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA EM ÂMBITO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: EM ATÉ DEZ DIAS ÚTEIS, PODENDO SER REALIZADO DE MANEIRA FRACIONADA POR CICLO:	EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS

PRAZOS DE GARANTIA DE ATENDIMENTO

XIII - ATENDIMENTO EM REGIME DE INTERNAÇÃO ELETIVA:

EM ATÉ 21 DIAS ÚTEIS

XIV - ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL-DIA:

EM ATÉ 10 DIAS ÚTEIS

XV - TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS DOMICILIARES DE USO ORAL, INCLUINDO MEDICAMENTO PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO E ADJUVANTES:

EM ATÉ 10 (DEZ) DIAS ÚTEIS, CUJO FORNECIMENTO PODERÁ SER REALIZADO DE MANEIRA FRACIONADA POR CICLO

XVI - TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS AMBULATORIAIS E DOMICILIARES DE USO ORAL, PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER E HEMOTERAPIA, NA QUALIDADE DE PROCEDIMENTOS CUJA NECESSIDADE ESTEJA RELACIONADA À CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA EM ÂMBITO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: EM ATÉ 10 (DEZ) DIAS ÚTEIS, CUJO FORNECIMENTO PODERÁ SER REALIZADO DE MANEIRA FRACIONADA POR CICLO.

XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

IMEDIATO

É IMPORTANTE RESSALTAR QUE ESSES PRAZOS SÃO MÁXIMOS ESTABELECIDOS PELA ANS E PODEM VARIAR DEPENDENDO DO CONTRATO E DAS REGRAS ESPECÍFICAS DO PLANO DE SAÚDE. ALÉM DISSO, EM CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, OS ATENDIMENTOS DEVEREMOSER REALIZADOS IMEDIATAMENTE, SEM A NECESSIDADE DE AGUARDAR ESSES PRAZOS. CASO O PLANO DE SAÚDE NÃO CUMPRE OS PRAZOS ESTABELECIDOS PARA MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES, O BENEFICIÁRIO PODE REGISTRAR UMA RECLAMAÇÃO JUNTO À ANS E BUSCAR ORIENTAÇÃO JURÍDICA PARA GARANTIR SEUS DIREITOS. E PARA ORIENTAÇÕES JURÍDICAS, PODE CONTAR COMIGO!



CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

O cancelamento de um plano de saúde pode ocorrer por diferentes motivos e envolve procedimentos específicos. Aqui está um resumo sobre o cancelamento no plano de saúde:

Cancelamento por solicitação do beneficiário

- Por solicitação a qualquer momento;

Cancelamento por inadimplência

- Atraso de 2 meses durante um ano;
- Notificação comprovada ao beneficiário;

Cancelamento por parte da operadora do plano de saúde

- Encerramento das atividades da operadora;
- Infrações contratuais graves por parte do beneficiário;
- Rescisão coletiva do contrato por parte da operadora

AS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE COMETEM VÁRIAS INFRAÇÕES DURANTE O CANCELAMENTO DO SEU PLANO, POR TANTO, FIQUE ATENTO AS LEIS E NORMAS PARA QUE NÃO SEJA PREJUDICADO. ALGUMAS DAS INFRAÇÕES MAIS COMUNS INCLuem A RECUSA INJUSTIFICADA DE CANCELAMENTO, A COBRANÇA DE MENSALIDADES APÓS O CANCELAMENTO, A NÃO RESTITUIÇÃO DE VALORES PAGOS INDEVIDAMENTE, ENTRE OUTRAS PRÁTICAS IRREGULARES. DESSA FORMA, SE HOUVER DÚVIDAS, PROCURE-ME!



23

RESOLUÇÃO
DE
CONFLITOS

CP

RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Existem vários meios de resolução de conflitos disponíveis para lidar com questões ou disputas com uma operadora de plano de saúde. Aqui estão alguns dos principais:

NEGOCIAÇÃO COM O ATENDIMENTO AO CLIENTE DA OPERADORA DE SAÚDE

OUVIDORIA DA OPERADORA DE SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS)

PROCON / CONSUMIDOR.GOV

AÇÃO JUDICIAL

É IMPORTANTE DOCUMENTAR TODAS AS COMUNICAÇÕES E MANTER REGISTROS DE TODOS OS CONTATOS, PROTOCOLOS E DOCUMENTOS RELACIONADOS AO CONFLITO. ISSO PODE SER ÚTIL EM NEGOCIAÇÕES E, SE NECESSÁRIO, EM PROCESSOS JUDICIAIS.

CADA CASO É ÚNICO, E A ESCOLHA DO MELHOR MEIO DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS DEPENDERÁ DA NATUREZA DO PROBLEMA E DAS CIRCUNSTÂNCIAS ENVOLVIDAS. É RECOMENDÁVEL BUSCAR ORIENTAÇÃO JURÍDICA ESPECIALIZADA PARA AVALIAR SUAS OPÇÕES E DIREITOS ESPECÍFICOS. FICO A DISPOSIÇÃO.



25

AÇÕES
JUDICIAIS

CP

EXEMPLOS DE AÇÕES JUDICIAIS CONTRA PLANOS DE SAÚDE

NÃO RECEBIMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE CANCELAMENTO DO PLANO, MESMO HAVENDO ALEGAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA;

CANCELAMENTO POR INADIMPLÊNCIA, MESMO HAVENDO COMPROVAÇÃO DE QUITAÇÃO DOS DÉBITOS;

APLICAÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA EM CASOS DE AUTISMO, PREJUDICANDO A COBERTURA ADEQUADA;

MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE VITALÍCIO EM DECORRÊNCIA DE APOSENTADORIA POR ACIDENTE DE TRABALHO;

CONTESTAÇÃO DE CLÁUSULAS ABUSIVAS PRESENTES NO CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE;

REAJUSTES ABUSIVOS NAS MENSALIDADES DO PLANO DE SAÚDE;

RECUSA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E/OU URGÊNCIA,

NEGATIVA DE TRATAMENTO NECESSÁRIO, NEGANDO A COBERTURA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS ESSENCIAIS;

REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS PAGAS PELO BENEFICIÁRIO QUANDO O PLANO DE SAÚDE DEVERIA TER COBERTO TAIS CUSTOS.

ESSAS SÃO ALGUMAS DAS QUESTÕES FREQUENTEMENTE ABORDADAS EM AÇÕES JUDICIAIS CONTRA PLANOS DE SAÚDE. NO ENTANTO, É IMPORTANTE DESTACAR QUE CADA CASO É ÚNICO, E OS RESULTADOS DE UMA AÇÃO JUDICIAL PODEM VARIAR DEPENDENDO DAS CIRCUNSTÂNCIAS ESPECÍFICAS, DAS PROVAS APRESENTADAS E DAS LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS. PARA TRATAR DE QUESTÕES LEGAIS RELACIONADAS AO SEU PLANO DE SAÚDE, EU ESTOU À DISPOSIÇÃO!



27

POR QUAL
DIREITO
VAMOS LUTAR
HOJE?

CP

POR QUAL DIREITO SEU VAMOS LUTAR HOJE?

Direito Médico e da Saúde

- Ações de **erro médico, odontológico** ou de outro profissional por **falta de informação adequada ou falta de termo de consentimento informado**;
- Ações de erro médico, odontológico ou de outro profissional por **atrasos, omissões e negativas de atendimento**;
- Ações por **violência obstétrica**, tais como agressões verbais, separação desnecessária entre mãe e bebê, privação de acompanhante no momento do parto, episiotomia e outros procedimentos desnecessários e/ou ilegais; recusa de atendimento, dentre outros;
- Ações por **violência contra a mulher** dentro de estabelecimentos de saúde ou perante profissionais de saúde;
- Ações por **violência no aborto espontâneo sofrido pela mulher**, seja através do desrespeito ao nascituro ou outro acontecimento, como, por exemplo, negativa de concessão do direito a acompanhante ou falta de humanização e cuidado;
- Defesa do cliente em processos contra o plano de saúde, tais como processos por **fraude por não declarar doença ou lesão pré-existente**.
- Ações contra **negativa de cobertura de internação** em Hospitais de Referência, procedimentos e exames;
- Ações judiciais para **garantir tratamento multidisciplinar para pessoas com Transtorno do Espectro Autista e pessoas com deficiência** (ABA: T0 com Integração Sensorial, Fonoaudiologia com Integração Sensorial, Neuropsicologia, equoterapia, psicopedagogia, natação funcional, dentre outros);
- Ações por falha na prestação de serviço, tais como **erros em procedimentos, exames, mau atendimento**;
- Ações por **quebra de sigilo profissional**, inclusive através de redes sociais sem o consentimento do paciente;
- Ações por negativa ao solicitar **atendimento de home care (internação domiciliar)** a planos de saúde ou órgãos públicos;
- Ações visando autorização de procedimentos médico-hospitalares negados pelos planos de saúde ou Sistema Único de Saúde – **SUS**;
- Ações com **pedido liminar** para autorização de cirurgias, procedimentos, home care, concessão de medicamentos, aumento abusivo em planos de saúde, fertilização in vitro, dentre outros;
- Ações para solicitação de procedimento com **Técnicas Minimamente Invasivas, Laser, Navegador, Robótica, Escopias, Radiofrequênci**a.
- Ações para cobertura de **órteses, próteses e materiais especiais (OPME's)** por planos não regulamentados.
- Ações contra **negativas de tratamentos de infertilidade e cirurgias fetais**;
- Ações para **reembolsos ou resarcimentos das despesas médico-hospitalares**;
- **Acordos extrajudiciais**;
- entre outros;



GP

Clique aqui



Telefone/Whatsapp

(43) 99935-5690 / (87) 99826-2167



E-mail

carlap.adv@apereiraadvocacia.com



Site

www.apereiraadvocacia.com



Instagram

@carlappereiraadv



Endereço

Central Jurídica – Sala 2

Rua Fernando Menezes Goes, nº 728 – Centro,
Petrolina/PE

CONTATO

Atendimento em todo o Brasil



GP

É obrigação do cidadão pleitear seus direitos. Quem pleiteia seus direitos, está ajudando a garantir o direito de todos.

Ruy Barbosa Nogueira



OBRIGADA
PELA
CONFIANÇA!

