

Direitos & Deveres

DO USUÁRIO DE PLANOS DE SAÚDE



PROGEPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE
PESSOAS E QUALIDADE DE VIDA

JANEIRO
2023



Direitos e Deveres do Usuário de Planos de Saúde

A escolha de um plano de saúde pelo consumidor pode ser guiada por fatores diversos: valor da mensalidade, rede credenciada, abrangência da cobertura, grupo familiar que pode ser incluído, benefícios adicionais adquiridos, etc. No entanto, independente da escolha da proposta que melhor se adequa a seu perfil, é fundamental entender os principais direitos do consumidor no plano de saúde e também suas responsabilidades como usuário.

Com esse conhecimento, é possível identificar nas cláusulas do contrato do plano ou no serviço prestado se seus direitos, assegurados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estão sendo respeitados ou não. Em 3 de junho de 1998 foi sancionada a Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Ela foi atualizada recentemente pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Na Lei dos Planos de Saúde, como é conhecida a supracitada lei, é possível encontrar conceitos e regras que devem ser respeitadas na relação contratual entre o consumidor e a operadora de plano de saúde. Confira abaixo as principais dúvidas em relação aos direitos e deveres do consumidor no plano de saúde.

1) Qual a legislação que rege os planos de saúde no Brasil?

Os planos de saúde são regulamentados pela Lei nº 9.656/98, que determina a cobertura de atendimento pelo plano de saúde para tratamento de qualquer doença listada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). O beneficiário ainda é protegido pelo Código de Defesa do Consumidor, que considera inválida qualquer restrição que imponha ao consumidor excesso de desvantagem.

2) O que o plano de saúde deve cobrir?

Tudo o que está previsto em contrato deve ser seguido pelas partes envolvidas.

É importante saber que a ANS estabelece o mínimo que o plano precisa oferecer pelo contrato, de acordo com cada tipo de plano. De modo geral, incluem consultas, exames e tratamentos. Vale ressaltar que, ainda que fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, um tratamento, procedimento ou medicamento que não conste neste rol deverá ser fornecido pela operadora de plano saúde, mediante prescrição médica, indicando-os.



Além disso, de acordo com o art. 35-C da Lei nº 9.656/98, é obrigatória a cobertura de atendimento dos planos de saúde nos casos a seguir:

- de emergência (os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com declaração médica);
- de urgência (os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional);
- de planejamento familiar.

3) A rede credenciada do plano de saúde pode ser alterada?

Sim. A jurisprudência vigente no Superior Tribunal de Justiça é de que as seguradoras de planos de saúde podem alterar a rede credenciada. Entretanto, para isso devem oferecer ao cliente opções similares de estabelecimentos médicos/hospitalares.

4) Quais familiares podem ser dependentes no plano de saúde?

A ANS permite uma extensa lista de dependentes, mas esta pode variar de acordo com a operadora. Está prevista a inclusão de cônjuge e companheiro(a), parentes de primeiro ao terceiro grau consanguíneos e parentes até o 2º grau por afinidade.

5) Filhos maiores de 21 anos podem ser dependentes no plano?

Os filhos maiores de 21 anos (e menores de 24 anos) só são considerados dependentes caso estejam matriculados em uma universidade ou curso técnico e comprovem a dependência financeira em relação ao titular do plano. Atendidas tais condições, eles serão considerados dependentes até os 24 anos. Para filhos com algum tipo de deficiência não existe limite de idade.

6) Devo ser notificado sobre mudança na rede credenciada?

De acordo com a Lei nº 13.003, de 2014, em caso de descredenciamento de prestador, a operadora é obrigada a substituí-lo, sendo que o usuário deverá ser informado dessa substituição com 30 dias de antecedência. A operadora também deverá manter essa informação disponível para consulta por pelo menos 180 dias e, apesar de a resolução não especificar exatamente onde, entende-se que seja no site da operadora do plano de saúde em questão, conforme geralmente recomenda a ANS.



7) O cancelamento por inadimplência do usuário pode ser efetuado?

Sim. O cancelamento pode ocorrer quando o consumidor não pagar a mensalidade acordada por um período de mais de 60 dias nos últimos 12 meses. Esse prazo não precisa ser consecutivo, então vários pequenos atrasos que somem 60 dias permitem à operadora a rescisão do contrato. No entanto, a operadora deve avisar ao consumidor sobre os atrasos e as consequências da inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia, a fim de que haja tempo suficiente para o consumidor negociar os valores e regularizar sua situação, impedindo o cancelamento do contrato.

A falta de aviso ou da observação aos prazos legais é suficiente para rescindir judicialmente o contrato. Por conseguinte, se seu plano de saúde for invalidado pela operadora, descubra se de fato ocorreu o cumprimento desses requisitos.

8) O plano de saúde pode ser cancelado, a pedido do usuário, a qualquer momento?

A ANS autoriza a cobrança de multa por cancelamento antes de 12 meses de vigência do plano de saúde, caso esta multa esteja prevista em contrato. Contudo, essa exigência é abusiva e o consumidor poderá impugná-la judicialmente.

9) Como cancelar o plano de saúde?

De um modo geral, as operadoras ofertam diversos canais para a solicitação de cancelamento: pessoalmente, por telefone ou pela internet (acessando o site da operadora de saúde e efetuando o login com senha).

Para todo caso, o consumidor precisa ter o comprovante de solicitação do cancelamento. Caso ele não seja disponibilizado no ato do atendimento, a operadora é obrigada a enviar este documento por escrito no prazo de até 10 (dez) dias úteis.

10) Se o consumidor não tiver mais interesse em manter o plano de saúde, mas não formalizar o cancelamento, a operadora pode efetuar a cobrança das mensalidades, ainda que o usuário não tenha recebido nenhum atendimento?

Sim. Caso o consumidor não formalize o cancelamento, a operadora continuará cobrando as mensalidades até que o cancelamento efetivamente ocorra e, em caso de não pagamento, poderá protestar o título e ainda incluir o nome do consumidor em cadastros restritivos de crédito.



11) O que são as carências e quais seus prazos?

São períodos de tempo predeterminados, previstos em lei, que devem ser considerados antes que o beneficiário possa utilizar os serviços que o plano oferece.

De acordo com a lei, os prazos máximos de carência no plano de saúde são os seguintes:

- 300 dias para parto a termo;
- 180 dias para os demais casos, como internações, cirurgias, etc;
- 24 horas para atendimentos de urgência e emergência.

12) Em que condições um plano de saúde pode negar atendimento ao usuário?

a- Após 60 dias de inadimplência e desde que o beneficiário tenha sido comprovadamente notificado com prazo mínimo de 10 dias de antecedência para regularização do débito. Importante frisar que nenhum tratamento médico ou internação hospitalar pode ser interrompida nesse caso.

b- Procedimento pendente de cumprimento de prazo de carência.

c- Terapias fora do rol da ANS e sem prescrição médica.

13) Em situações de urgência e emergência, o plano deve cobrir o tratamento integral, ainda que outros prazos de carência estejam sendo cumpridos?

Sim. O tratamento integral imediato sem limitação de tempo é assegurado ao beneficiário.

A lei dos planos de saúde define que as situações de urgência são aquelas que resultam de acidentes pessoais ou de complicações no período gestacional, enquanto as situações de emergência são as que implicam em risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.

14) Quais os prazos legais máximos para o plano prestar atendimento?

Serviços	Prazos Máximos de Atendimento (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (quatorze)



Consulta/ sessão com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato

15) Quais as regras que norteiam a definição dos percentuais em planos coparticipativos?

- A operadora pode definir o percentual aplicado por procedimento, desde que não ultrapasse 30% do valor do procedimento;
- O valor deste custo não deve ser maior que a mensalidade do plano de saúde;
- O usuário deverá ser informado pela empresa, de forma clara e simples, quais são as taxas e regras de utilização da coparticipação, devendo estar discriminados em contrato tais percentuais;
- Qualquer procedimento ambulatorial pode ser cobrado;
- Não é permitido cobrar diferentes valores por diferentes doenças do paciente.



16) Emprestar a carteirinha do plano de saúde para outra pessoa utilizar é crime.

A carteirinha do plano de saúde é um documento pessoal, intransferível e indispensável para qualquer atendimento. Ceder ou emprestar o cartão do plano de saúde a terceiros é um crime e de acordo com o Código Penal Brasileiro, os envolvidos neste tipo de fraude estão sujeitos a responder na Justiça pelos crimes de estelionato (art.171) e falsidade ideológica (art.299). Se a operadora constatar fraude, poderá suspender o contrato do titular e seus dependentes.

17) Posso mudar de plano de saúde sem cumprir novos prazos de carência?

Sim, mas para isso alguns requisitos precisam ser atendidos:

- O plano atual deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98).
- O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado.
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades.
- O beneficiário deve cumprir o prazo mínimo de permanência no plano:
 - 1ª portabilidade: 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente,
 - 2ª portabilidade: Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano; ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.
- O plano de destino deve ter preço compatível com o seu plano atual.



Referências

Direitos e deveres do beneficiário de plano de saúde. Disponível em:

<https://www.rosenbaum.adv.br/advogado-especialista-em-acao-contra-planos-de-saude-e-liminares/direitos-deveres-beneficiario-plano-de-saude/>

Cancelamento de plano de saúde por inadimplência: quando é legal?

Disponível em:

<https://resolvarapido.com/cancelamento-de-plano-de-saude-por-inadimplencia-quando-e-legal/>

Regras para o cancelamento do plano de saúde. Disponível em:

<https://www.ajadvogados.com.br/regras-para-o-cancelamento-do-plano-de-saude/>

Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990 (dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências). Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078compilado.htm

Dúvidas em relação ao descredenciamento de hospitais pelo seu plano de saúde? Não seja pego de surpresa. Disponível em:

<https://www.piwi.com.br/blog/duvidas-em-relacao-a-descredenciamento-de-hospitais-pelo-seu-plano-de-saude-nao-seja-pegado-de-surpresa/>

Plano de saúde nega atendimento: o que fazer. Disponível em:

<https://www.buenobrandao.adv.br/plano-de-saude-nega-atendimento-o-que-fazer/>

Prazos máximos de atendimento. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento>

Coparticipação: saiba como funciona isso no plano de saúde. Disponível em:

<https://www.conexasaude.com.br/blog/coparticipacao/>

Quem pode ser dependente no plano de saúde e como realizar a inclusão.

Disponível em:

<https://www.valem.com.br/planos-de-saude/dependentes-plano-de-saude/>

Plano de saúde - Portabilidade de Carências . Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/contratacao-troca-plano/Cartilha_Final.pdf



Equipe

ORGANIZAÇÃO

Gabriel Dantas de Leon - Estudante do curso de Ciências Atuariais/ UFPE

Germana Barros Rodrigues - Diretora de Qualidade de Vida/ UFPE

Juliane Marques Santiago de Abreu - Divisão de Apoio em Qualidade de Vida/ UFPE

Lidiane Alves Valeriano - Divisão de Apoio em Qualidade de Vida/ UFPE

Maria Luiza Barbalho da Purificação Alves - Divisão de Apoio em Qualidade de Vida/ UFPE

PROJETO GRÁFICO

Fernanda Fortunato do Nascimento Santos - Estudante do curso de Design/ UFPE

