

Regras para adaptação e migração de contratos entram em vigor

Passa a vigorar nesta quinta-feira, dia 4 de agosto de 2011, a Resolução Normativa nº 254 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dispõe sobre a adaptação e migração de contratos individuais/familiares e coletivos antigos. A resolução poderá beneficiar cerca de nove milhões de usuários de planos de saúde que hoje não são regulamentados pela ANS, pois foram firmados antes de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a Lei nº 9.656/98, que regula o setor de planos de saúde.

Com a nova resolução, a ANS busca incentivar os beneficiários a alterar seus contratos para que tenham a segurança e as garantias trazidas pela regulamentação do setor, tais como regras de reajuste, garantia às coberturas mínimas obrigatórias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e, posteriormente, utilizar a Portabilidade de Carências. As principais vantagens comuns à adaptação, que se realiza por meio de um aditivo contratual, e à migração, que é a celebração de um novo plano de saúde dentro da mesma operadora, são:

- acesso ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e às suas atualizações;
 - vedação de nova contagem dos períodos de carência;
 - limitação do reajuste anual por variação de custo para os planos individuais ao percentual divulgado e autorizado pela ANS;
 - adequação das faixas etárias ao estatuto do idoso; e
 - maior potencial de efetividade na fiscalização por parte da ANS.
-
- Na adaptação, a operadora deve apresentar proposta ao beneficiário, demonstrando o ajuste do valor a ser pago relativo à ampliação das coberturas. Este ajuste poderá ser até o limite máximo de 20,59%.

 - Na migração, o consumidor deverá utilizar o Guia de Planos de Saúde, disponível no site da ANS, para verificar as opções de planos compatíveis com o seu. O preço do plano compatível será o valor dos planos disponíveis no mercado.

 - [Confira a tabela](#)

Quem pode ser beneficiário em um plano coletivo empresarial?

- Os empregados ou servidores públicos, demitidos e aposentados, sócios, administradores e estagiários da empresa contratante. Como dependentes, seus familiares podem participar, respeitados os graus de parentesco previstos na legislação: até o 3º grau de parentesco consanguíneo, até o 2º grau de parentesco por afinidade e cônjuge ou companheiro.

Quanto tempo preciso esperar para ter direito a usar o plano de saúde?

Pela legislação de planos de saúde, para planos individuais ou familiares novos ou adaptados, contratados a partir de 02 de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, a empresa que vende o plano de saúde pode exigir:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis.	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros	300 dias
Doenças e lesões pré-existentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir)**	24 meses
Demais situações	180 dias

Período de utilização do plano e carências

Atenção:

* Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

** Para as doenças e lesões pré-existentes, o consumidor tem cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência. Durante esse período, ele não tem direito à cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - e cirurgias decorrentes dessas doenças. Entretanto, se o paciente decidir ser atendido nesses casos, mesmo sem ter aguardado ainda o tempo estabelecido, ele poderá escolher pagar um valor adicional para ter acesso a esses atendimentos – isso se chama agravo.

Os planos de saúde são obrigados a cobrir todo tipo de tratamento?

Como posso saber se tenho direito a um determinado tratamento ou cirurgia?

- Os procedimentos que fazem parte da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656/98 estão listados no chamado Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

A cobertura do procedimento inclui tudo o que for necessário para sua realização, ou seja, prótese, anestesia e equipe médica.

[Consulte aqui a lista completa de consultas, atendimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória nos planos de saúde contratados a partir de 02 de janeiro de 1999.](#)

O que significa plano coletivo?

- O plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma empresa, conselho, sindicato ou associação junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas a essa empresa e aos dependentes dessas pessoas. Pode ser um plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

O que meu plano de saúde deve cobrir?

Fique atento para o que seu plano deve cobrir, em que estabelecimentos, durante que período e em que localidades do Brasil.

Consultas, exames e tratamentos

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico. Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados *planos novos*. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas somente para aqueles que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde. Antes de verificar se você tem direito a um procedimento, não deixe de checar qual o tipo de plano de saúde você tem.

Confira mais informações sobre a cobertura mínima obrigatória em vigor e o que valerá a partir de 01/01/2012.

Hospitais, laboratórios e médicos

Você deve notar dois pontos principais sobre a rede de hospitais, laboratórios e médicos conveniados ao seu plano.

O primeiro ponto é que nem todos os planos têm direito à internação hospitalar. Os planos que dão direito à internação hospitalar são os de tipo hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ou plano referência. Veja no seu contrato qual é o tipo do seu plano.

O segundo ponto é a rede credenciada que seu plano cobre. Avalie bem na hora de contratar o plano de saúde quais são os hospitais, laboratórios e médicos a que você terá direito pelo seu plano. Especificamente sobre os hospitais, fique atento: sua operadora de plano de saúde só poderá descredenciá-los em caráter excepcional. Nesses casos, é obrigatório substituir o hospital descredenciado do plano por outro equivalente e comunicar essa mudança ao consumidor e à ANS com 30 dias de antecedência, exceto nos casos de fraude ou infração sanitária ou fiscal por parte do hospital retirado do convênio. Caso a operadora opte por

descredenciar um hospital sem substituí-lo por outro equivalente, só poderá efetivar e comunicar a redução da rede hospitalar aos beneficiários após autorização da ANS.

Período de utilização do plano e carências

Para saber a partir de quando você poderá utilizar seu plano após a contratação, é importante verificar os prazos de carência. Carência é o tempo que você terá que esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento. Esse tipo de informação está presente no seu contrato.

Pela legislação de planos de saúde, para planos individuais ou familiares novos ou adaptados, contratados a partir de 02 de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, a empresa que vende o plano de saúde pode exigir:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis.	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros	300 dias
Doenças e lesões pré-existentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir)**	24 meses
Demais situações	180 dias

Atenção:

* Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

** Para as doenças e lesões pré-existentes, o consumidor tem cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência. Durante esse período, ele não tem direito à cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - e cirurgias decorrentes dessas doenças. Entretanto, se o paciente decidir ser atendido nesses casos, mesmo sem ter aguardado ainda o tempo estabelecido, ele poderá escolher pagar um valor adicional para ter acesso a esses atendimentos – isso se chama agravo.

Prazos máximos para atendimento

Confira os prazos máximos para atendimento que os planos de saúde deverão obedecer a partir de 19 de dezembro de 2011, quando entrará em vigor a Resolução Normativa nº 259,

que define prazos para o atendimento de beneficiários na rede conveniada dos planos de saúde conforme cada tipo de plano - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Serviços	Prazo máximo de atendimento a partir de 19/12/2011 (em dias)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	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 regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Em que regiões do país seu plano poderá ser utilizado

Você deve verificar no seu contrato qual a área geográfica de cobertura do seu plano. Ela pode ser: nacional, estadual, grupo de estados, municípios e grupo de municípios.

Atenção:

Quando não existir hospital, clínica, laboratório ou profissional da área médica que possa fazer um atendimento contratado por você, no prazo máximo estabelecido pela ANS e em um município contratado, a operadora de planos de saúde deverá:

1) pagar diretamente a um prestador não credenciado para atendimento no mesmo município; ou

2) arcar com o valor de transporte de ida e volta para que você seja atendido em um prestador próximo, independentemente do local onde ele esteja situado, desde que o transporte necessário ao atendimento esteja previsto nas orientações para a **cobertura mínima obrigatória**. O acompanhante também tem seu transporte garantido se você tiver menos de 18 (dezoito) anos, mais de 60 (sessenta) anos, for portador de deficiência e ou de necessidades especiais, estas comprovadas por declaração médica.

Nesses casos, se você for obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora de planos de saúde deverá reembolsá-los integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Se ainda tiver alguma dúvida, por favor acesse nossa seção de "[Perguntas Frequentes](#)".

O que faço se o plano de saúde me negar um determinado tratamento ou cirurgia?

- A primeira medida deve ser solicitar à operadora que vende o plano de saúde as razões da negativa. Nesse caso, você deve procurar a ANS se:
- a) você ou o profissional médico assistente não concordar com as razões alegadas, ou caso permaneça em dúvida;
- b) a operadora do plano de saúde não autorizar o atendimento, mas sem negá-lo expressamente, omitindo-se ou respondendo repetidamente que o pedido está em análise.

Para falar com a ANS, utilize um dos seguintes canais:
[Fale com a ANS](#)

Disque-ANS: 0800 701 9656 ou pessoalmente.

O que é a Portabilidade?

- É a possibilidade de o consumidor de plano de saúde individual/familiar mudar de plano ou operadora sem precisar cumprir novos períodos de carência ou cobertura parcial

temporária (CPT). Esse benefício é possível se seu plano de saúde foi contratado a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656/98. Mais informações sobre a portabilidade podem ser encontradas em [Contratação e troca de plano](#).

Quero mudar de plano ou operadora sem ter que cumprir novas carências. Posso participar da portabilidade?

- Para trocar de plano de saúde sem cumprir nova carência, devem ser observadas as seguintes condições:
- a) ser consumidor de plano individual ou familiar contratado após 01/01/1999 ou adaptado à Lei nº 9.656/98;
- b) estar em dia com a mensalidade do plano de origem e apresentar cópia do comprovante de pagamento dos três últimos boletos vencidos;

Para trocar de plano de saúde sem cumprir nova carência, devem ser observadas as seguintes condições:

- c) estar há pelo menos 2 anos no plano de origem ou 3 anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária ou nos casos de doenças e lesões pré-existentes. A partir da segunda portabilidade, o prazo de permanência passa a ser de 2 anos para todos os consumidores;
- d) o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem (consultar o Guia ANS de Planos de Saúde);

Para trocar de plano de saúde sem cumprir nova carência, devem ser observadas as seguintes condições:

- e) a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão (consultar o Guia ANS de Planos de Saúde);
- f) solicitar a portabilidade no período entre o mês de aniversário do contrato e o mês seguinte;

Para trocar de plano de saúde sem cumprir nova carência, devem ser observadas as seguintes condições:

g) não considerar como plano de destino planos que estejam cancelados ou com comercialização suspensa; e

h) a portabilidade de carências não poderá ser oferecida por operadoras em processo de alienação compulsória de sua carteira ou em processo de oferta pública do cadastro de beneficiários ou em liquidação extrajudicial. Para verificar se o seu contrato se enquadra nessas hipóteses, faça uma consulta com fins de portabilidade ao Guia ANS de Planos de Saúde.

Para trocar de plano de saúde sem cumprir nova carência, devem ser observadas as seguintes condições

Para instruções sobre a portabilidade, consulte [Saiba como fazer](#). Outra possibilidade de trocar de plano de saúde sem cumprir carência e que não depende da portabilidade é válida para o consumidor de plano coletivo empresarial: caso a empresa deixe de oferecer o benefício do plano e a operadora disponha de plano individual, o beneficiário poderá ingressar nele sem cumprir carência, desde que essa opção seja feita em até 30 dias contados a partir da data de extinção do contrato anterior.

O que a empresa deve me entregar na hora em que eu comprar um plano?

- Você deve receber e guardar
- a cópia do contrato, onde constarão todas as condições de utilização, o preço da mensalidade e a forma de reajuste, os atendimentos a que você tem direito etc;
- a relação de todos os médicos, hospitais e laboratórios credenciados;
- [o manual para orientação de contratação de planos de saúde](#)
- [o guia de leitura contratual](#); e
- a carteirinha do plano de saúde onde constam seu nome, o nome da empresa e o nome ou número do plano de saúde, entre outras informações.

O que meu plano de saúde deve cobrir?

Fique atento para o que seu plano deve cobrir, em que estabelecimentos, durante que período e em que localidades do Brasil.

Consultas, exames e tratamentos

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico. Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de

janeiro de 1999, os chamados *planos novos*. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas somente para aqueles que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde. Antes de verificar se você tem direito a um procedimento, não deixe de checar qual o tipo de plano de saúde você tem.

Confira mais informações sobre a cobertura mínima obrigatória em vigor e o que valerá a partir de 01/01/2012.

Hospitais, laboratórios e médicos

Você deve notar dois pontos principais sobre a rede de hospitais, laboratórios e médicos conveniados ao seu plano.

O primeiro ponto é que nem todos os planos têm direito à internação hospitalar. Os planos que dão direito à internação hospitalar são os de tipo hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ou plano referência. Veja no seu contrato qual é o tipo do seu plano.

O segundo ponto é a rede credenciada que seu plano cobre. Avalie bem na hora de contratar o plano de saúde quais são os hospitais, laboratórios e médicos a que você terá direito pelo seu plano. Especificamente sobre os hospitais, fique atento: sua operadora de plano de saúde só poderá descredenciá-los em caráter excepcional. Nesses casos, é obrigatório substituir o hospital descredenciado do plano por outro equivalente e comunicar essa mudança ao consumidor e à ANS com 30 dias de antecedência, exceto nos casos de fraude ou infração sanitária ou fiscal por parte do hospital retirado do convênio. Caso a operadora opte por descredenciar um hospital sem substituí-lo por outro equivalente, só poderá efetivar e comunicar a redução da rede hospitalar aos beneficiários após autorização da ANS.

Período de utilização do plano e carências

Para saber a partir de quando você poderá utilizar seu plano após a contratação, é importante verificar os prazos de carência. Carência é o tempo que você terá que esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento. Esse tipo de informação está presente no seu contrato.

Pela legislação de planos de saúde, para planos individuais ou familiares novos ou adaptados, contratados a partir de 02 de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, a empresa que vende o plano de saúde pode exigir:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis.	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros	300 dias
Doenças e lesões pré-existentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir)**	24 meses
Demais situações	180 dias

Atenção:

* Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

** Para as doenças e lesões pré-existentes, o consumidor tem cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência. Durante esse período, ele não tem direito à cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - e cirurgias decorrentes dessas doenças. Entretanto, se o paciente decidir ser atendido nesses casos, mesmo sem ter aguardado ainda o tempo estabelecido, ele poderá escolher pagar um valor adicional para ter acesso a esses atendimentos – isso se chama agravo.

Prazos máximos para atendimento

Confira os prazos máximos para atendimento que os planos de saúde deverão obedecer a partir de 19 de dezembro de 2011, quando entrará em vigor a Resolução Normativa nº 259, que define prazos para o atendimento de beneficiários na rede conveniada dos planos de saúde conforme cada tipo de plano - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Serviços	Prazo máximo de atendimento a partir de 19/12/2011 (em dias)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)

Serviços	Prazo máximo de atendimento a partir de 19/12/2011 (em dias)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	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 regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Em que regiões do país seu plano poderá ser utilizado

Você deve verificar no seu contrato qual a área geográfica de cobertura do seu plano. Ela pode ser: nacional, estadual, grupo de estados, municípios e grupo de municípios.

Atenção:

Quando não existir hospital, clínica, laboratório ou profissional da área médica que possa fazer um atendimento contratado por você, no prazo máximo estabelecido pela ANS e em um município contratado, a operadora de planos de saúde deverá:

1) pagar diretamente a um prestador não credenciado para atendimento no mesmo município; ou

2) arcar com o valor de transporte de ida e volta para que você seja atendido em um prestador

próximo, independentemente do local onde ele esteja situado, desde que o transporte necessário ao atendimento esteja previsto nas orientações para a **cobertura mínima obrigatória**. O acompanhante também tem seu transporte garantido se você tiver menos de 18 (dezoito) anos, mais de 60 (sessenta) anos, for portador de deficiência e ou de necessidades especiais, estas comprovadas por declaração médica.

Nesses casos, se você for obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora de planos de saúde deverá reembolsá-los integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Se ainda tiver alguma dúvida, por favor acesse nossa seção de "Perguntas Frequentes".

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

- Não. O plano só é obrigado a oferecer as consultas, exames e tratamentos previstos no contrato. O mínimo que precisa ser oferecido pelo plano no contrato é estabelecido pela ANS conforme cada tipo de plano (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico). Se o seu contrato mencionar algum atendimento que não esteja na lista previsto pela ANS, o plano é obrigado a cobrir. [Confira aqui a cobertura mínima obrigatória](#).

O que meu plano de saúde deve cobrir?

Fique atento para o que seu plano deve cobrir, em que estabelecimentos, durante que período e em que localidades do Brasil.

Consultas, exames e tratamentos

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico. Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados *planos novos*. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas somente para aqueles que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde. Antes de verificar se você tem direito a um procedimento, não deixe de checar qual o tipo de plano de saúde você tem.

Confira mais informações sobre a cobertura mínima obrigatória em vigor e o que valerá a partir de 01/01/2012.

Hospitais, laboratórios e médicos

Você deve notar dois pontos principais sobre a rede de hospitais, laboratórios e médicos conveniados ao seu plano.

O primeiro ponto é que nem todos os planos têm direito à internação hospitalar. Os planos que dão direito à internação hospitalar são os de tipo hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia ou plano referência. Veja no seu contrato qual é o tipo do seu plano.

O segundo ponto é a rede credenciada que seu plano cobre. Avalie bem na hora de contratar o plano de saúde quais são os hospitais, laboratórios e médicos a que você terá direito pelo seu plano. Especificamente sobre os hospitais, fique atento: sua operadora de plano de saúde só poderá descredenciá-los em caráter excepcional. Nesses casos, é obrigatório substituir o hospital descredenciado do plano por outro equivalente e comunicar essa mudança ao consumidor e à ANS com 30 dias de antecedência, exceto nos casos de fraude ou infração sanitária ou fiscal por parte do hospital retirado do convênio. Caso a operadora opte por descredenciar um hospital sem substituí-lo por outro equivalente, só poderá efetivar e comunicar a redução da rede hospitalar aos beneficiários após autorização da ANS.

Período de utilização do plano e carências

Para saber a partir de quando você poderá utilizar seu plano após a contratação, é importante verificar os prazos de carência. Carência é o tempo que você terá que esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento. Esse tipo de informação está presente no seu contrato.

Pela legislação de planos de saúde, para planos individuais ou familiares novos ou adaptados, contratados a partir de 02 de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, a empresa que vende o plano de saúde pode exigir:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis.	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros	300 dias
Doenças e lesões pré-existentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir)**	24 meses
Demais situações	180 dias

Atenção:

* Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

** Para as doenças e lesões pré-existentes, o consumidor tem cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência. Durante esse período, ele não tem direito à cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - e cirurgias decorrentes dessas doenças. Entretanto, se o paciente decidir ser atendido nesses casos, mesmo sem ter aguardado ainda o tempo estabelecido, ele poderá escolher pagar um valor adicional para ter acesso a esses atendimentos – isso se chama agravo.

Prazos máximos para atendimento

Confira os prazos máximos para atendimento que os planos de saúde deverão obedecer a partir de 19 de dezembro de 2011, quando entrará em vigor a Resolução Normativa nº 259, que define prazos para o atendimento de beneficiários na rede conveniada dos planos de saúde conforme cada tipo de plano - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Serviços	Prazo máximo de atendimento a partir de 19/12/2011 (em dias)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	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)

Serviços	Prazo máximo de atendimento a partir de 19/12/2011 (em dias)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Em que regiões do país seu plano poderá ser utilizado

Você deve verificar no seu contrato qual a área geográfica de cobertura do seu plano. Ela pode ser: nacional, estadual, grupo de estados, municípios e grupo de municípios.

Atenção:

Quando não existir hospital, clínica, laboratório ou profissional da área médica que possa fazer um atendimento contratado por você, no prazo máximo estabelecido pela ANS e em um município contratado, a operadora de planos de saúde deverá:

1) pagar diretamente a um prestador não credenciado para atendimento no mesmo município; ou

2) arcar com o valor de transporte de ida e volta para que você seja atendido em um prestador próximo, independentemente do local onde ele esteja situado, desde que o transporte necessário ao atendimento esteja previsto nas orientações para a **cobertura mínima obrigatória**. O acompanhante também tem seu transporte garantido se você tiver menos de 18 (dezoito) anos, mais de 60 (sessenta) anos, for portador de deficiência e ou de necessidades especiais, estas comprovadas por declaração médica.

Nesses casos, se você for obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora de planos de saúde deverá reembolsá-los integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Se ainda tiver alguma dúvida, por favor acesse nossa seção de "[Perguntas Frequentes](#)".

Eu posso sair do plano a qualquer momento?

Pode, mas não se esqueça de que ao sair de um plano de saúde e comprar outro, em menos de dois anos, você precisa cumprir novo tempo de carência.

Em que casos um contrato de plano coletivo pode ser encerrado?

- Nos contratos coletivos, as condições de rescisão ou de suspensão de cobertura devem estar previstas no próprio contrato. Mesmo assim, fora essas hipóteses, o contrato só pode ser interrompido sem a concordância da empresa que contratou o plano de saúde se acontecer fraude ou sem justificativa legal após 12 (doze) meses da data da assinatura e desde que a empresa que contratou o plano seja avisada com pelo menos 60 (sessenta) dias de antecedência.

Além dos casos acima, um contrato coletivo de plano de saúde pode ser interrompido especificamente para um dos beneficiários desse plano nos seguintes casos:

- 1) O beneficiário titular deixar de ser empregado da empresa contratante (para demissão e aposentadoria há regras específicas);
- 2) O beneficiário dependente deixar de ser dependente do titular do plano – nesse caso, o serviço só poderá ser interrompido para o dependente.

É preciso cumprir carência nos planos coletivos empresariais?

Depende. Nos planos empresariais com número de participantes igual ou maior que 30, os beneficiários que aderirem ao plano em até 30 dias da assinatura do contrato não precisarão cumprir carência nem cobertura parcial temporária (CPT). Assim, novos funcionários ou dependentes precisarão contar 30 dias de vinculação à empresa que contratou o plano de saúde para ter direito a ingressar no plano.

Caso o ingresso no plano ocorra após esses períodos ou o plano empresarial tenha menos de 30 participantes, a empresa que vende o plano de saúde poderá exigir o cumprimento de prazos de carência. [Veja aqui os prazos máximos de carência](#)

Depois que eu comprar um plano a empresa pode cancelar o contrato que assinamos?

- Ela só pode cancelar o contrato em caso de fraude (como deixar de declarar uma doença ou “emprestar” a carteirinha para outra pessoa, por exemplo) ou de não

pagamento da mensalidade por dois meses, consecutivos ou não. Nos casos de cancelamento do contrato por não pagamento da mensalidade, **a empresa é obrigada a avisá-lo 10 dias antes do cancelamento.**

Como funciona o atendimento de urgência/emergência?

- Depende do tipo de plano de saúde que você contratar, confira:

	Urgência	Emergência
Plano ambulatorial.	Atendimento limitado às primeiras doze horas em ambulatório.	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.
Plano Hospitalar	Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (máximo de 180 dias): atendimento integral. Carência a cumprir (após 24 horas): limitado às primeiras doze horas, em ambulatório.

- Assim, se o seu plano de saúde for apenas ambulatorial, o atendimento de urgência/emergência é limitado às primeiras 12 horas em unidade de pronto-socorro.
- Se forem necessários procedimentos médicos que exijam que você fique internado em um hospital, ainda que seja por menos de 12 horas, você não terá direito a fazer isso pelo plano de saúde. Nesse caso, caberá ao de plano de saúde transportar você da unidade de pronto-socorro credenciada ao plano para uma unidade do SUS que tenha disponibilidade para prosseguir com o tratamento.

Como é o reajuste das mensalidades do plano de saúde?

- Os planos de saúde individuais ou familiares só podem ser reajustados de duas formas: um reajuste anual, definido pela ANS, na data de aniversário do contrato, e outro reajuste por mudança de faixa etária. O primeiro reajuste por mudança de faixa etária é aos 19 anos; depois, de 5 em 5 anos, e o último, aos 59 anos.
- A Lei nº 9.961/2000 atribuiu à ANS a responsabilidade de controlar os aumentos de mensalidade dos planos de saúde e este controle varia de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e com o motivo do aumento.
- Para entender como a mensalidade do seu plano pode ser reajustada, primeiro você tem que responder a duas questões:
- 1) Seu plano foi contratado antes do dia 2 de janeiro de 1999? Se seu plano foi contratado antes do dia 2 de janeiro de 1999 e não foi adaptado à Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde, isso quer dizer que ele é do

grupo dos chamados "planos antigos". Nesses casos os reajustes devem seguir o que estiver escrito no contrato, ou seja, as regras previstas pela lei não podem ser aplicadas.

- 2) Seu plano foi contratado pelo seu empregador, sindicato ou associação? Se seu plano for do tipo "coletivo", ou seja, se ele tiver sido contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (ex: a empresa que você trabalha), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços.
- Se você respondeu "Não" às duas questões anteriores, veja abaixo as possibilidades de causas para os aumentos em sua mensalidade.

As operadoras de planos de saúde são obrigadas a entregar:

1) À pessoa contratante do plano: uma cópia do contrato contendo as seguintes informações: prazos de carência, vigência do contrato, critérios de reajuste, abrangência geográfica, tipo de acomodação (coletiva, em enfermaria, ou individual, em quarto) e segmentação assistencial (cobertura ambulatorial, hospitalar, odontológica, obstétrica); e

2) A cada beneficiário: cópia do regulamento ou condições gerais do plano, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, ferramentas que facilitam a compreensão de informações do contrato.

A partir dos 60 anos os planos deixam de ser reajustados?

A partir dos 60 anos, os planos deixam de ser reajustados por faixa etária, mas eles podem ser reajustados todos os anos em função da variação de custos (atualização financeira), como acontece em contratos de aluguel, por exemplo.

- O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) proíbe a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Assim, para os contratos firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, não pode haver reajustes por mudança de faixa etária nos planos dos idosos. Por esse motivo, o último reajuste por mudança de faixa etária poderá estar previsto apenas para a idade de 59 anos.
- Atenção: nos contratos firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso, pode haver aumento para beneficiários com mais de 60 anos. Em quaisquer desses casos, porém, só pode haver reajuste por faixa etária se os percentuais estiverem claramente informados no contrato. Mais informações a respeito das regras de faixa etária e para os reajustes em função da idade estão disponíveis, [clique aqui](#).

A empresa pode me fazer alguma exigência na hora em que eu for comprar um plano?

- Você deve informar se tem alguma doença ou problema de saúde. Para isso, deve preencher uma declaração de saúde. Para ajudá-lo a preencher essa declaração, a empresa pode indicar um médico, sem qualquer custo para você.

- Se preferir ser orientado por um médico de sua escolha, você pode fazê-lo, desde que assuma o custo dessa orientação. A empresa pode ainda solicitar que você faça uma perícia médica. O custo dessa perícia é pago pela empresa que vende o plano e não por você. Fique atento: a empresa não pode cobrar nenhuma taxa de adesão ao plano, ela só pode cobrar o valor da mensalidade.

Se eu tiver alguma doença a empresa pode se recusar a me vender o plano?

- Não, em nenhuma situação ela pode recusar um cliente. Mas se você declarar que tem alguma doença no momento de contratar o plano, a empresa pode oferecer duas alternativas: por até dois anos suspender o atendimento de alguns procedimentos relacionados à doença que você declarou ou fazer um acréscimo no valor da mensalidade para que você tenha direito a todos os atendimentos, inclusive os relacionados a essa doença.