



Seu

PLANO DE SAÚDE

Conheça os abusos e armadilhas

idec

parceiro do
consumidor



Seu
PLANO DE SAÚDE
Conheça os abusos e armadilhas

São Paulo - Brasil
2007

Sumário

Apresentação	3
Direito essencial, mas pouco respeitado	5
Nem o SUS é tão ruim, nem os planos são tão bons	7
Uma colcha de retalhos difícil de entender	9
A pergunta que não quer calar: para que serve a ANS?	12
Refazendo as contas da saúde	14
Ressarcimento e fila dupla	16
A saída é a participação	18
O plano de saúde pode falhar na hora que você mais precisa	20
Fique atento aos planos segmentados	23
Planos coletivos: terra sem lei	25
Seja qual for o plano, não abra mão de seus direitos	26
Na hora de contratar, toda atenção é pouca	28
CDC: arma legal contra os abusos	30
Conheça as “armadilhas” dos planos de saúde	32
Dói no bolso do consumidor	33
Exclusões e limitações de coberturas	41
No momento da internação	50
Outros abusos e restrições	54
Na hora da aposentadoria ou em caso de demissão	61
Onde e como fazer valer seus direitos	64
Modelos de cartas para usuários de planos de saúde	74

Apresentação

Muita gente acredita que o plano de saúde é a única alternativa diante dos problemas do Sistema Único de Saúde, conhecido pelas longas filas de espera, pelas dificuldades de marcação de consultas e exames, pela falta de médicos e medicamentos, pelos serviços sucateados e pela falta de vagas para internação.

Mas vale lembrar que, mesmo diante dessas dificuldades, o SUS tem muitas qualidades e responde pelo atendimento da imensa maioria dos brasileiros.

Até mesmo a parcela (20% da população) que consegue pagar um plano de saúde ou trabalha em uma empresa que oferece um plano coletivo aos seus empregados, recorre com frequência ao SUS.

Os planos de saúde não representam uma solução para o problema da saúde no Brasil. E mesmo os países ricos questionam cada vez mais esse modelo que encarece os sistemas de saúde e não contribui para melhorar a qualidade da assistência.

O fato é que o brasileiro paga duas vezes pela saúde e não está nada satisfeito com o que recebe em troca. Todos pagamos impostos e temos

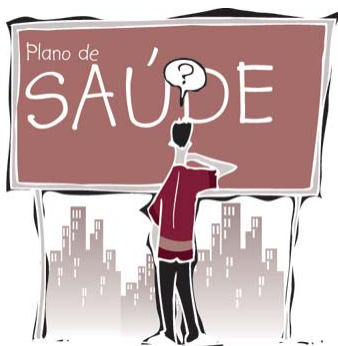
direito ao SUS. Da mesma forma, todos contribuímos com o financiamento dos planos de saúde, seja pagando diretamente a mensalidade ou, de forma indireta, arcando com os custos dos planos coletivos empresariais que estão embutidos nos produtos e serviços consumidos por toda a sociedade.

Os governantes eleitos por nós devem ser pressionados a garantir um sistema público de saúde eficiente, de qualidade e acessível a todos. Os planos de saúde continuarão existindo, pois está garantido o direito de atuação da iniciativa privada. No entanto, deve ser uma opção para quem pode e quer pagar por um serviço diferenciado ou por um conforto de hotelaria. O que não podemos aceitar é que esses planos de saúde continuem sendo fonte de lucro fácil para aqueles que enganam uma população que muitas vezes encontra fechada a porta de entrada do SUS.

Esta publicação é, ao mesmo tempo, um guia prático de direitos dos consumidores de planos de saúde e também um convite do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) para que todos participem da luta em defesa do SUS, que não só é viável, como está longe de ver esgotadas as possibilidades de garantia da saúde plena para todos.

Marilena Lazzarini

Coordenadora Institucional do Idec



Direito essencial, mas pouco respeitado

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) definiram a saúde como direito de todos e dever do Estado, criaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinaram o acesso integral aos serviços e ações de saúde para todos os brasileiros.

Outra conquista constitucional foi exigir que o Estado protegesse o consumidor. Assim, foi criado o Código de Defesa do Consumidor (CDC), em 1990, por meio da Lei 8.078.

Antes da Constituição e da criação do SUS, na hora de buscar assistência em saúde, os brasileiros eram divididos em três categorias: aqueles que podiam pagar pelos serviços particulares ou que contavam com assistência médica custeada pelas empresas na qual trabalhavam; aqueles que tinham direito à assistência prestada pelo Inamps, que beneficiava apenas os trabalhadores com “carteira assinada” e seus dependentes; e aqueles que não tinham nenhum direito e recorriam apenas às Santas Casas e outros serviços filantrópicos.

Diante dos problemas do serviço público de saúde; da queda do poder aquisitivo da classe média que antes pagava diretamente por

consultas, exames e internações; e da decisão de várias empresas de fornecer melhor assistência à saúde para seus empregados, o mercado dos planos de saúde cresceu muito no Brasil.

Com o passar do tempo formou-se no país um sistema misto de saúde, composto principalmente pelo sistema público – o SUS – e pelos planos de saúde privados.

A Constituição Federal garantiu a participação do setor privado na saúde. Portanto, o lucro pode existir, desde que prevaleça o respeito à saúde e o interesse da coletividade.

Mas não é isso o que acontece. Como veremos a seguir, nem sempre o direito à saúde e o direito do consumidor são levados em conta, seja pelo poder público ou pelos empresários que atuam na prestação de um serviço tão essencial.



Nem o SUS é tão ruim, nem os planos são tão bons

As dificuldades do SUS todos conhecem, pois são constantemente exploradas pela mídia: filas imensas, emergências lotadas, serviços fechados, falta de pessoal e de medicamentos, poucos leitos de UTI, hospitais sucateados, dentre tantos problemas.

Mas é fato que a maioria da população – mais de 140 milhões de pessoas – depende exclusivamente do SUS quando precisa de atendimento em saúde. O SUS dá assistência integral para todos os portadores do HIV, renais crônicos e pacientes com câncer. Realiza a imensa maioria das cirurgias cardíacas, internações psiquiátricas, atendimentos de acidentados graves; mantém o sistema de urgência e emergência; faz quase todos os transplantes de órgãos e atendimentos de alta complexidade, que são os casos mais complicados. Sem contar toda a distribuição de medicamentos, ações de vigilância sanitária, campanhas educativas de prevenção, de vacinação e controle de doenças e epidemias.

E quanto aos cerca de 36 milhões de brasileiros que são atendidos pelos planos de saúde? Eles estão muito mais satisfeitos que os usuários do SUS? O SUS tem sérios problemas para garantir o acesso imediato

– pois a chamada atenção básica não funciona direito. Quem tem plano de saúde muitas vezes consegue consultas e exames simples com mais facilidade.

Diversas pesquisas de opinião revelam que quem conseguiu ser atendido pelo SUS ficou muito satisfeito com a atenção recebida.

No caso dos planos de saúde, sempre que o atendimento é mais complexo ou mais caro, ou sempre que o usuário é idoso ou portador de alguma patologia ou deficiência, os planos colocam muitas barreiras para o atendimento, como será visto mais adiante. Como visam o lucro, os planos preferem os jovens e sadios e “empurram” para o SUS tudo que é oneroso. Podem até prestar o primeiro atendimento mas impõem dificuldades na hora que o usuário mais precisa.

Caso não haja maior fiscalização dos planos de saúde por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até mesmo o atendimento mais elementar – consultas e exames – tende a piorar. Os usuários de planos de saúde nem ficam sabendo, mas os médicos não se cansam de denunciar que existe forte pressão dos planos para que seja limitado o número de exames e outros procedimentos. As entidades médicas chegaram até a lançar a campanha: *“Planos de saúde: enfiam a faca em você e tiram o sangue do médico”*.

Os planos de saúde dão tanta dor de cabeça para os usuários que, mesmo depois da criação de uma lei específica para regulamentar este serviço, são inúmeras as ações judiciais. Segundo um levantamento do Tribunal de Justiça de São Paulo, em 2005, os planos de saúde representavam o segundo assunto com maior número de ações judiciais. Nos órgãos de defesa do consumidor, os planos de saúde estão sempre entre os líderes de reclamações.



Uma colcha de retalhos difícil de entender

Somente dez anos depois da criação do SUS os planos e seguros privados de saúde passaram a contar com uma regulamentação, quando foi promulgada a Lei Federal 9.656, em 1998.

Sem lei, o mercado de planos de saúde era uma “bagunça” ainda pior que a situação atual. Os donos desses planos garantiam seus altos lucros às custas do limite de internações (até em UTI!), negativas de cobertura, cancelamento de contratos sem dar satisfação ao consumidor, períodos de carência muito longos (demora para o início da utilização de determinados serviços), aumentos absurdos de mensalidades que impediam os mais idosos de se manterem nos planos.

A arma dos usuários de planos de saúde era – e é até hoje – o Código de Defesa do Consumidor, que impedia muitos dos abusos praticados, seja por meio de ações judiciais ou da atuação dos Procons e das associações de consumidores.

Mas os problemas eram tantos, que as entidades de defesa do consumidor, as ONGs de portadores de patologias e entidades representantes dos médicos, dentre outras, resolveram se unir na luta por uma

lei capaz de mudar essa realidade.

Durante mais de cinco anos o Congresso Nacional discutiu a Lei dos Planos de Saúde, até sua aprovação em 1998.

O texto final não saiu como as entidades queriam, pois a pressão dos donos de planos de saúde, financiadores de muitas campanhas eleitorais, foi intensa. Além disso, pesou o fato de o governo federal ter defendido mais o lado dos planos de saúde do que os interesses da população.

Mesmo assim, certos direitos foram assegurados, alguns já previstos no CDC: proibição dos limites de dias de internação, maior cobertura de doenças, limites de carências para usar o plano e proibição do cancelamento de contratos individuais.

Muitos dos interesses dos planos foram preservados. Por exemplo, a Lei aceitou o aumento por mudança de faixa etária e as exclusões, por dois anos, de coberturas de muitos procedimentos relacionados às chamadas doenças ou lesões preexistentes.

A Lei, que já era complicada, foi sendo alterada por medidas provisórias e por resoluções. Além disso, o mercado dos planos de saúde é muito vasto e confuso. Hoje atuam no Brasil mais de 2.000 operadoras, que atendem cerca de 36 milhões de pessoas e movimentam em torno de R\$ 35 bilhões por ano¹.

Há vários tipos de planos de saúde: medicina de grupo, seguro saúde, cooperativas médicas, planos de Santas Casas e planos de autogestão, próprios de empresas. Existem grandes planos de saúde,

1 Fonte: ANS – Cadernos de Informação da Saúde Suplementar – dezembro de 2006.

com mais de 100.000 usuários e pequenas operadoras, que não chegam a ter 5.000 pessoas conveniadas. Os planos estão concentrados nas regiões mais ricas, sendo que no Estado de São Paulo moram 45% das pessoas que têm plano de saúde no país. E, como veremos adiante, há planos com contratos antigos e contratos novos, planos individuais e coletivos, planos com cobertura total ou segmentados. Na hora de entender e de exigir os seus direitos, muitas dessas diferenças precisam ser levadas em conta.



A pergunta que não quer calar: para que serve a ANS?

Em 2000 começou a funcionar a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS. Criada por lei e vinculada ao Ministério da Saúde, tem a função de normatizar, controlar e fiscalizar os planos de saúde.

A expectativa era de que a atuação do órgão levaria à diminuição dos abusos. Mas não foi isso o que aconteceu. Além de fazer muito pouco, em muitas ocasiões a Agência até prejudicou os consumidores.

A ANS consome mais de R\$ 100 milhões por ano – boa parte deste dinheiro vem do Tesouro Nacional –, emprega centenas de funcionários e, mesmo assim, é desconhecida por mais de 80% dos usuários de planos de saúde. Por isso, recebe poucas reclamações, fiscaliza pouco e pune sem nenhum rigor as empresas infratoras. Além disso, a Agência foi dividida em partes que pouco se comunicam entre si.

Com base no acompanhamento da atuação da ANS, feito pelo Idec, e conforme o Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, elegemos 10 pontos (veja a seguir) que comprovam que a Agência não cumpre seu papel e defende principalmente os interesses das empresas de planos de saúde:

1) Não assume suas atribuições em relação aos contratos antigos, nem sequer faz valer o Código de Defesa do Consumidor;

2) Não intervém nos contratos coletivos, que representam a maioria dos planos e apresentam inúmeras irregularidades em pontos essenciais, como reajustes e rescisões de contrato;

3) Mantém o Disque ANS, que se limita a tirar dúvidas e não soluciona os problemas dos cidadãos vítimas dos abusos dos planos;

4) Tem fiscalização fraca, pune pouco e só recolhe 1% das multas aplicadas;

5) Não viabiliza o ressarcimento ao SUS, quando conveniados de planos são atendidos em hospitais públicos; deixando de recolher a maior parte do que as operadoras devem ao sistema público;

6) Mantém questionável política de reajustes de preços, que não é transparente.

7) Editou resoluções que prejudicam os consumidores, pois excluem muitos procedimentos relacionados às doenças preexistentes e permitem 500% de aumento ao longo das mudanças de faixa etária.

8) Mesmo com arrecadação própria, a ANS recebe recursos públicos do SUS para seu funcionamento. Pior: defende linhas de crédito, que são empréstimos de dinheiro público para salvar planos de saúde falidos e mal-administrados.

9) Não conta com mecanismo de participação da sociedade e mantém uma câmara consultiva que é sempre ignorada e fica de fora das principais decisões da ANS.

10) Se omite em relação aos falsos planos de saúde e aos planos populares – também chamados de “caça-níqueis” ou “copo d’água e melhora” – e aos cartões de desconto comercializados até por funerárias.



Refazendo as contas da saúde

Existe uma falsa idéia de que no Brasil funcionam dois sistemas de saúde que não se relacionam. Muitos acham que o SUS é o sistema dos pobres e os planos e seguros de saúde privados são destinados à classe média e aos trabalhadores formais, que têm “carteira assinada”.

O que muitos não sabem é que na prática os planos de saúde também são, em grande parte, sustentados pelo dinheiro público e não apenas pelas mensalidades dos usuários ou pelas empresas que oferecem o benefício a seus empregados.

Bons exemplos disso são os imensos gastos públicos com tudo aquilo que não é coberto pelos planos de saúde: caso dos procedimentos e patologias de alto custo, órteses e próteses, transplantes, atendimento das situações de emergência, fornecimento de medicamentos, campanhas de prevenção e vacinações.

Mas não pára por aí. O dinheiro público – que sai do nosso bolso – também é usado para a compra de planos de saúde privados dos funcionários públicos. Por ano, só o governo federal – sem contar empresas estatais, órgãos de estados e prefeituras – desembolsa mais de

R\$ 1 bilhão para financiar a saúde privada de seus servidores, inclusive para os funcionários do SUS.

Os planos de saúde também têm alto custo social. E quem paga a conta dos planos coletivos, maior fatia do mercado, não são os empregadores, mas sim a sociedade. As empresas embutem os gastos que têm com saúde privada para os funcionários no valor dos seus produtos e serviços. Por exemplo, quando você paga a conta do seu telefone, lá está embutido o custo do plano de saúde dos empregados da companhia telefônica.

Há, ainda, a isenção de alguns impostos para vários planos de saúde, como aqueles ligados às Santas Casas ou às cooperativas médicas, que visam lucro assim como os demais.

Enquanto os gastos por habitante para usuários do SUS – cerca de 80% da população – não chegam a R\$ 300,00 por ano, o gasto por habitante para clientes de planos de saúde – cerca de 20% da população – é três vezes maior¹. No final das contas, ninguém está satisfeito com a assistência que recebe.

Só mesmo uma grande mudança no sistema de financiamento da saúde do Brasil irá reduzir essas desigualdades e injustiças.

¹ Fontes: Ministério da Saúde – estimativas de gastos públicos nas três esferas de governo; IBGE – Estimativa de população; ANS – Receita de operadoras de planos de assistência médico-hospitalar.



Ressarcimento e “fila dupla”

As mesmas empresas de planos de saúde que exploram os consumidores, também “sugam” os insuficientes recursos do SUS. Por exemplo, no momento em que negam coberturas aos consumidores, que acabam sendo atendidos pelo sistema público.

A Lei dos Planos de Saúde, para tentar corrigir esse absurdo, criou um sistema de ressarcimento: o SUS tem direito de receber toda vez que um cliente de plano de saúde é atendido em hospital público, desde que a cobertura esteja prevista no contrato do plano.

É tão grande o volume de atendimentos feito pelo SUS a pacientes que têm plano de saúde que, desde o início da cobrança do ressarcimento, os planos devem mais de R\$ 1 bilhão aos cofres públicos. Mas deste dinheiro todo, somente 5% retornou ao SUS.

De acordo com o Tribunal de Contas da União, a ANS é, em grande parte, responsável pelo péssimo resultado. Além da falta de vontade, as normas e os procedimentos criados pela própria ANS contribuem para que isso ocorra. A ANS decidiu que os hospitais e serviços de saúde ligados ao SUS somente serão ressarcidos dos procedimentos de urgência

e emergência. Nos demais casos, não há ressarcimento. Uma prática considerada ilegal, porque contraria a Lei de Planos de Saúde.

Como a Agência se baseia somente nas *autorizações de internação hospitalar* para cobrar o ressarcimento, ficam de fora todos os atendimentos a usuários de planos realizados nos ambulatórios do SUS.

Além disso, muitas normas da ANS permitem a exclusão de procedimentos de alta complexidade. Nestes casos o SUS não é ressarcido quando presta o serviço.

Para completar, muitas empresas de planos de saúde que não querem devolver o dinheiro ao SUS recorrem da decisão da ANS. A Agência criou diversas normas internas que atrasam o julgamento dos recursos apresentados e dificultam o ressarcimento. Depois que perdem no âmbito administrativo, muitas empresas de planos de saúde também acionam a Justiça para evitar o pagamento.

Uma outra forma dos planos explorarem o SUS é a chamada “dupla porta” ou “fila dupla”, que consiste no atendimento a planos de saúde nas unidades públicas, especialmente nos hospitais universitários. Na mesma unidade de saúde, equipada com dinheiro público, problemas de saúde semelhantes são diagnosticados e tratados de formas distintas. Quem tem plano consegue prioridade nas consultas, exames, cirurgias e internações. Com a desculpa de que o atendimento aos planos reverte recursos para o hospital, o usuário do SUS passa a ser atendido como um cidadão de “segunda linha”.



A saída é a participação

Para corrigir tanta coisa errada, a saída é a participação popular e o controle social.

No SUS a população usuária tem a possibilidade de participar das tomadas de decisões que afetam a vida e a saúde de milhões de brasileiros. Por meio dos conselhos e das conferências de saúde, é possível propor e interferir na destinação de recursos e na melhoria da qualidade dos serviços e ações de saúde, sejam elas do governo federal, dos Estados ou das prefeituras. Atualmente, em muitos municípios, há leis que garantem a participação dos usuários na discussão do funcionamento dos próprios serviços de saúde e hospitais, por meio de conselhos gestores.

Com os planos de saúde é bem diferente. Não há nenhuma forma de participação, nem no âmbito das operadoras de planos de saúde, tampouco na ANS, órgão que regula e fiscaliza o setor.

A Agência até mantém a Câmara de Saúde Suplementar, que conta com a participação, em minoria, de entidades de defesa de consumidores e usuários. Mas a voz da população jamais é ouvida ou levada em consideração.

A falta de espaços formais de participação não deve impedir o controle social sobre os planos de saúde. Este controle pode ser exercido de forma coletiva, por intermédio das organizações da sociedade civil e, individualmente, pelos cidadãos, a partir da reivindicação de seus direitos, da denúncia de irregularidades aos órgãos competentes, das cobranças direcionadas aos governantes e da parceria com o Ministério Público.

Outra forma de mudar essa realidade é levar cada vez mais a discussão sobre os planos de saúde para os espaços do SUS, como os conselhos de saúde. O Conselho Nacional de Saúde é o órgão máximo de controle social do país e, por essa razão, até mesmo a ANS deve obediência às suas deliberações.

Afinal de contas, o sistema de saúde brasileiro deve ser um só, capaz de atender a todos sem distinção, de acordo com as necessidades de saúde e não de acordo com o tamanho do bolso de cada um. A saúde é o bem mais precioso do ser humano e não podemos permitir que seja tratada como uma simples mercadoria.



O plano de saúde pode falhar na hora que você mais precisa

Certamente você, um familiar ou alguém próximo já foi vítima de restrições e abusos dos planos de saúde. Dentre os problemas mais frequentes estão a negação de atendimento, a exclusão de coberturas de procedimentos, exames e internações, os reajustes abusivos de mensalidades e o descredenciamento de médicos, hospitais e laboratórios.

Estas situações podem estar ligadas à má-fé das operadoras, mas muitas estão definidas na própria legislação. Na maioria das vezes práticas abusivas podem e devem ser contestadas, mesmo quando estão previstas na regulamentação. Veja, a partir da página 65, as instâncias que podem ser acionadas para registro de reclamações.

Os problemas com os planos de saúde podem variar de acordo com alguns fatores:

1) Data de contratação do plano

Veja se o seu plano é antigo, novo ou adaptado. Planos antigos são aqueles contratados até 1998. Os planos novos são aqueles comercializados a partir de 2 de janeiro de 1999 e que devem obedecer

cer às regras da Lei 9.656/98. Já os planos adaptados são aqueles firmados antes de 1999 e, depois, adequados às regras da Lei 9.656/98, mediante a assinatura de um novo contrato.

2) Forma de contratação do plano

É chamado de individual/familiar o plano contratado diretamente no mercado por uma única pessoa com ou sem dependentes. O coletivo, por sua vez, é aquele contratado por uma pessoa jurídica em benefício de pessoas físicas a ela vinculadas na condição de empregados, associados ou sindicalizados. Neste caso, existem duas modalidades: plano coletivo empresarial, quando a adesão dos beneficiários é automática; e plano coletivo por adesão, quando os beneficiários fazem a opção de entrar no plano de saúde.

Atenção: fuja dos falsos planos coletivos

Recentemente as operadoras de planos de saúde passaram a anunciar “planos coletivos” para grupos pequenos, a partir de três pessoas. Essa estratégia representa uma “falsa coletivização”, pois consumidores, sob a ilusão de pagarem mais barato, são estimulados a se associar a determinada associação ou sindicato, ou a utilizar qualquer CNPJ (da empresa de um amigo, por exemplo) para fazer um contrato coletivo. Mas isso pode acabar saindo caro, já que esse tipo de contratação foi uma forma encontrada pelas empresas de planos de saúde para fugir da legislação e da fiscalização da ANS. Isso porque os planos coletivos não precisam submeter seus reajustes anuais à ANS e também por achar que podem rescindir os contratos quando bem entendem.

3) Tipo do plano

Verifique no contrato (no caso dos planos novos, após 1998) se o seu plano é referência, aquele que inclui procedimentos ambulatoriais e hospitalares, inclusive obstétricos; se é só ambulatorial; se é só hospitalar sem obstetrícia; ou se é plano hospitalar com obstetrícia. Isso indica o tipo de cobertura que você terá direito.



Fique atento aos planos segmentados

O consumidor pode contratar, de acordo com a legislação, a cobertura integral do plano referência ou a cobertura segmentada (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico). A Lei também permite a comercialização de planos com coberturas superiores às do plano referência, com mais conforto de hotelaria (quarto particular com TV e direito a acompanhante, por exemplo) ou cobertura de procedimentos estéticos, neste caso com preços proibitivos.

Os planos mais difundidos são os que combinam cobertura hospitalar com ambulatorial (mais de 60% do universo de clientes dos planos de saúde); seguidos pelos planos referência, ambulatorial e hospitalar.

Ambulatorial

O consumidor que tem um plano ambulatorial não terá internação hospitalar e procedimentos que, embora não necessitem da internação, precisam de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas ou de serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares. Também não há cobertura para os procedimentos diagnósticos

e terapêuticos em hemodinâmica; procedimentos que exigem anestesia, com exceção daqueles realizados em ambulatório, com anestesia local. Não são autorizados os tratamentos e exames que demandam internação, como alguns tipos de quimioterapia e radioterapia; nutrição parenteral; embolizações e exames de radiologia invasivos.

Hospitalar

Os planos hospitalares não cobrem consultas e exames realizados fora do ambiente hospitalar, excluem também tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto o tratamento de obesidade mórbida); tratamento em clínicas de repouso, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar; transplantes, com exceção de córnea e de rim; atendimento pré-natal e parto; tratamentos e procedimentos ambulatoriais.

O plano hospitalar com obstetrícia tem o mesmo leque de exclusões do plano hospitalar, mas inclui o pré-natal e o parto após o término do período de 10 meses de carência. Além disso, garante a cobertura do recém-nascido, durante os 30 primeiros dias de vida e sua inscrição no plano de saúde, como dependente, isento do cumprimento de carências. Mas, para isso, a inscrição no plano deve ser feita em até 30 dias após o nascimento. O filho adotivo menor de 12 anos tem o mesmo benefício, desde que a inscrição seja feita até 30 dias após a adoção.

Referência

O plano referência oferece uma cobertura maior, combinando a cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica.

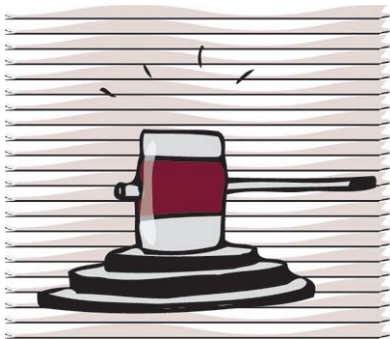


Planos coletivos: terra sem lei

Os planos de saúde, em sua maioria, são coletivos. No caso dos planos novos, vendidos a partir de 1999, só 25% são individuais ou familiares. Há exemplos de grandes operadoras que pararam de vender planos individuais nos últimos anos. Algumas passaram a oferecer “falsos” planos coletivos, para fugir da regulamentação. Engana-se quem pensa que os planos coletivos não têm problemas.

Veja só porque as operadoras preferem os planos coletivos:

- 1) A ANS tem sido omissa em relação aos planos coletivos em aspectos essenciais. O que predomina é o contrato entre a operadora e o empregador/associação/sindicato.
- 2) Os reajustes anuais não precisam de autorização prévia da ANS.
- 3) A legislação não proíbe explicitamente o cancelamento de contrato, diferentemente da regra clara existente para os contratos individuais/familiares. Por conta disso a ANS se omite quando há rescisão unilateral de contrato por parte das operadoras.
- 4) Os planos coletivos também não têm obrigação de cobrir doenças profissionais e acidentes do trabalho.



Seja qual for o plano, não abra mão de seus direitos

Independente da data, da forma de contratação e da segmentação do plano, você não está desprotegido, ainda que seja difícil lutar por seus direitos.

No caso dos planos antigos, que não estão sujeitos à nova legislação, sejam individuais ou coletivos, seus direitos estão previstos no Código de Defesa do Consumidor.

Já nos contratos novos, fica valendo a Lei de Planos de Saúde. A complicação é que esta Lei foi regulamentada por dezenas de resoluções, o que torna mais difícil o seu entendimento pela maioria dos cidadãos. Mas saiba que mesmo após a Lei, o Código de Defesa do Consumidor também pode ser aplicado, principalmente nas situações em que a legislação é omissa ou contraria princípios que devem prevalecer em todas as relações de consumo.

Todos os usuários, de qualquer tipo de plano de saúde, têm direito a:

- 1) Informações claras e adequadas sobre os serviços, com especificação correta a respeito da qualidade e do preço, bem como todos os direitos e obrigações.

2) Redação dos contratos com clareza e destaque para as cláusulas que possam limitar direitos.

3) Proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, contra métodos comerciais coercitivos ou desleais bem como práticas e cláusulas abusivas (um exemplo é o aumento da mensalidade sem justificativa).

4) Modificação das cláusulas contratuais que levem a prestações excessivamente onerosas.

5) Prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais.



Na hora de contratar, toda atenção é pouca

Antes de contratar diretamente um plano de saúde, o consumidor deve ficar atento e tomar algumas precauções:

- 1) Verificar se a operadora possui registro na ANS.
- 2) Verificar se a operadora está sob direção fiscal ou técnica, o que indica que ela tem problemas administrativos e/ou financeiros (no site www.ans.gov.br ou pelo telefone 0800-701 9656).
- 3) Ler o contrato antes de assinar, exigir uma cópia e a lista atualizada dos prestadores credenciados: médicos, hospitais e laboratórios (a relação faz parte do contrato).
- 4) As informações e “promessas” do corretor obrigam a operadora a cumpri-las, uma vez que este profissional representa a empresa. Peça para o corretor escrever os benefícios prometidos que não constam do contrato.
- 5) Os preços iniciais podem ser fixados livremente pelo mercado. Para avaliar o preço do plano e a adequação à sua necessidade e de sua família, o consumidor precisa considerar: a cobertura assistencial (o que não será atendido pelo plano?); a abrangência geográfica (o plano

é municipal, regional, estadual, nacional ou internacional?); a rede credenciada/referenciada (quais hospitais, laboratórios e consultórios médicos poderão ser utilizados?).

6) O contrato pode impor carências. Em geral, o período menor de carência é para consultas e exames mais simples. As carências dos demais serviços são longas.

7) Na escolha, devem ser levados em conta os preços e reajustes (inclusive por faixa etária), as necessidades e características de toda a família (como ocorrência de doenças preexistentes, pessoas idosas, mulheres em idade fértil etc).

8) Levar em conta que a oferta de mais ou menos serviços também está ligada ao tipo de plano contratado: referência, ambulatorial, hospitalar ou hospitalar com obstetrícia.



CDC: arma legal contra os abusos

Mesmo após a Lei dos Planos de Saúde e a criação da ANS, o Código de Defesa do Consumidor (CDC) ainda continua sendo a principal legislação utilizada pelo Poder Judiciário nos julgamentos de ações movidas contra planos de saúde. Com base em estudo feito junto ao Tribunal de Justiça de São Paulo, a maioria das decisões são favoráveis aos consumidores e os principais argumentos dos juízes são os seguintes:

- 1) As cláusulas contratuais devem sempre ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.
- 2) As cláusulas restritivas não estavam expressas em destaque.
- 3) A restrição não é aceita, pois dá vantagem exagerada para a operadora.
- 4) A cláusula que estipula limite de tempo de internação é abusiva.
- 5) A operadora não provou que houve má-fé ou que o consumidor sabia ser portador de doença na hora da contratação (o que poderia levar à imposição de carências).
- 6) Quando se trata de urgência e emergência, as limitações são abusivas.

7) A operadora não prestou um bom serviço.

Além do CDC, o Código Civil, a Constituição Federal e, em alguns casos, até a própria Lei 9.656/98, são usados pelo juízes nas decisões relacionadas aos planos de saúde. Portanto, não faltam instrumentos legais para a defesa dos direitos dos cidadãos.



Conheça as “armadilhas” dos planos de saúde

São muitas as “armadilhas” e “truques” dos planos de saúde que visam a manutenção da alta margem de lucro. Com base na legislação, essas práticas podem e devem ser contestadas.

Logo após a abordagem de cada situação de abuso vivida com frequência pelos consumidores de planos de saúde, destacamos, por meio de símbolos (veja abaixo), a Lei que contempla o direito indicado, a existência de decisões judiciais de mérito, proferidas por tribunais; e também indicamos quando há modelos de cartas disponíveis no final desta publicação.

32

Seu PLANO DE SAÚDE



**Direito previsto no
Código de Defesa do
Consumidor**



**Direito previsto na
legislação dos planos
de saúde**



**Já existem diversas
decisões judiciais
nesse sentido**



**No final desta publicação,
há um modelo de carta
para reivindicar este direito**

IDEC



Dói no bolso do consumidor

A) Aumento por faixa etária: a “expulsão” dos idosos

Os planos de saúde excluem ou “expulsam” muitos usuários idosos, especialmente pela imposição de elevados reajustes por alteração de faixa etária. É o que chamamos de “exclusão pecuniária”. Para os planos de saúde antigos (firmados até 31/12/98) os abusos ainda são constantemente praticados, pois muitos contratos não padronizam as faixas etárias nem trazem percentuais de aumento.

Para os planos assinados entre 1998 e dezembro de 2003, antes de entrar em vigor o Estatuto do Idoso – a regra criada pela ANS previa sete faixas etárias e o aumento total de até 500% entre elas, sendo comum aumentos exorbitantes concentrados nas últimas faixas. A Lei de Planos de Saúde fazia uma única ressalva: proibia tal reajuste aos consumidores com mais de 60 anos, desde que participassem do plano de saúde há mais de 10 anos.

Após a criação do Estatuto do Idoso, nos contratos assinados a partir de 2004, foram padronizadas dez faixas etárias para tentar diluir a proibição de aumento de mensalidade acima dos 60 anos. Mas foi mantido o

aumento de 500% entre a primeira e a última faixa. Na prática o que houve foi a antecipação dos reajustes. Antes concentrados principalmente nas faixas de 50 a 59 anos e de 60 a 69, os reajustes passaram a pesar mais nas faixas dos 44 e 48 anos e na faixa de 59 anos ou mais. Para o Idec, a proibição de aumento estabelecida no Estatuto do Idoso vale para todos os contratos, independentemente da data de sua assinatura.

Impossibilitados de arcar com os pagamentos, justamente no momento em que seus salários são reduzidos, geralmente oriundos de aposentadorias, os idosos muitas vezes são obrigados a abandonar os planos de saúde. A eles, muitas vezes só resta recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS)

7 faixas de reajuste para os contratos assinados entre 1999 e 2003:

De 0 a 17 anos

De 18 a 29 anos

De 30 a 39 anos

De 40 a 49 anos

De 50 a 59 anos

De 60 a 69 anos

De 70 anos em diante

10 faixas de reajuste para os contratos assinados a partir de 2004:

De 19 a 23 anos

De 24 a 28 anos

De 29 a 33 anos

De 34 a 38 anos

De 39 a 43 anos

De 44 a 48 anos

De 49 a 53 anos

De 54 a 58 anos

De 59 anos em diante

Nos planos antigos o aumento por mudança de idade é proibido se não estiver escrito claramente no contrato as faixas etárias e os percentuais de aumento em relação a cada faixa. E, mesmo que esteja previsto, configura abuso um percentual de aumento muito alto de uma só vez. Isso vale para qualquer contrato, antigo ou novo.



B) Reajuste anual: sempre acima da inflação

Na prática, o reajuste anual é um dos grandes problemas que os usuários enfrentam. Diferentes estudos realizados pelo Idec e pelo Ipea (órgão ligado ao Ministério do Planejamento), indicaram que usuários de planos individuais – pelo menos 9 milhões no país – sofrem com os aumentos abusivos. Entre maio de 2001 e abril de 2005, os valores autorizados pela ANS cresceram mais do que a inflação do setor de saúde – que engloba, por exemplo, serviços e medicamentos –, segundo avaliação a partir de dados do Dieese, da Fipe e do IBGE.

Nos contratos novos individuais/familiares, o reajuste anual, na data de aniversário do plano de saúde, deve ser previamente aprovado pela ANS, assim como deve estar claramente previsto no contrato. Para calcular esse aumento, a Agência leva em conta a média de reajustes do mercado de planos coletivos. O Idec considera essa fórmula inadequada, sem transparência, pois os reajustes dos planos coletivos geralmente são impostos pelas operadoras e não refletem os custos do setor.



Já nos planos antigos, o critério de reajuste anual deve ser o que está previsto no contrato, desde que seja claro e específico. O grande problema é que muitos contratos trazem expressões vagas e genéricas, como “variações monetárias” e “aumento de acordo com os custos médico-hospitalares”, tornando os aumentos sempre uma surpresa para o consumidor – prática considerada ilegal. Portanto, se você tem contrato antigo sem critério claro e objetivo, deve ser aplicado o mesmo índice de reajuste anual autorizado pela ANS para os contratos novos.



Outro problema é que, mais recentemente, operadoras conseguiram da ANS autorização para os chamados reajustes residuais, para compensar supostas perdas pela falta de aumento nos planos antigos. Isto gerou aumentos acima do “teto” fixado para os contratos novos. Por causa disso, foram movidas diversas ações civis públicas contra os planos. O Idec teme que ocorra repasse de “resíduos” no futuro. O reajuste residual, no entanto, é ilegal e fere o Código de Defesa do Consumidor.



Os reajustes dos planos coletivos não são controlados pela ANS. Essa omissão não tem respaldo legal. A Agência pressupõe que nesta modalidade de contrato o poder de negociação é mais equilibrado, o que nem sempre reflete a verdade. Por isso, as operadoras se interessam

tanto pelos contratos coletivos. No vácuo da legislação, as empresas de planos de saúde apenas exigem a apresentação de um número de CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas) para que o contrato seja coletivo. Famílias e pequenos grupos têm adquirido contratos assim, sem saber dos riscos de reajustes altos. Esta prática é abusiva.



C) Reajustes “surpresas”: prática ilegal

Além do reajuste anual e do aumento por faixas etárias, o plano de saúde pode tentar lançar mão de reajustes por sinistralidade ou por revisão técnica.

Reajuste por sinistralidade é o aumento imposto pela empresa sob a alegação de que o número de procedimentos e atendimentos (ou “sinistros”) cobertos foi maior do que o previsto em determinado período. Esse tipo de reajuste, uma criação do mercado de planos de saúde, é ilegal, porque significa uma variação de preço unilateral, que não estava prevista no contrato.



Já a revisão técnica é um mecanismo criado pela ANS, que o Idec entende ser ilegal, pois representa variação de preço unilateral, sem prévia e adequada previsão contratual. Além do aumento da mensalidade, pode permitir redução da rede credenciada de hospitais,

redução de coberturas e co-participação dos usuários no pagamento de serviços utilizados.



D) Atendimento negado por atraso no pagamento

A maioria dos contratos antigos prevê a suspensão ou cancelamento do contrato, em caso de atraso. Esta cláusula é abusiva, pois o consumidor que eventualmente atrasa o seu pagamento já é penalizado com multa e juros.



A Lei dos Planos de Saúde só admite a suspensão do atendimento ou o cancelamento do contrato se o consumidor atrasar mais de 60 dias, desde que notificado previamente até o 50º dia.



E) Consumidor pode cancelar contrato, empresa não

Nos planos novos individuais/familiares a operadora só poderá cancelar o contrato em casos de fraude (por exemplo, utilização do plano por outra pessoa que não seja o usuário) ou quando o consumidor atrasar o pagamento por mais de 60 dias no ano, consecutivos ou

não. Neste caso, é imprescindível a notificação prévia do consumidor até o 50º. dia de inadimplência.



Para os planos novos essas regras estão previstas na legislação, mas também podem ser aplicadas, por analogia, aos planos antigos. A regra determina que o contrato não pode ser desfeito pela empresa, a não ser em situações excepcionais e justificáveis.



Já o consumidor pode cancelar o contrato, antigo ou novo, a qualquer momento, sem nenhum ônus ou penalidade.

As rescisões unilaterais ocorrem com maior frequência nos planos coletivos, que representam a grande maioria dos contratos. O mais grave é que muitos consumidores contratam planos coletivos sem saber dos riscos a que estarão sujeitos. A ANS não se preocupa com essa questão e as operadoras encontraram uma forma de reajustar os planos ano a ano, sem a prévia autorização da Agência. Além disso cancelam os “falsos” planos coletivos quando o contrato não interessa mais para a operadora.

De acordo com a legislação, nos planos coletivos o empregador, sindicato ou associação pode rescindir o contrato com a operadora. Neste caso, o empregado, sindicalizado ou associado, poderá manter o

vínculo com a operadora, mas deverá arcar com o pagamento integral das mensalidades dali em diante.

Já a operadora deve manter o contrato que, apesar de ter um intermediário (empresa, sindicato ou associação), atinge diretamente os consumidores. Somente em caso excepcional e justificável pode ser cancelado.





Exclusões e limitações de coberturas

A) Exclusões nos contratos antigos

Em 2006, cerca de 40% dos contratos de planos de saúde em vigor eram antigos. Esses contratos, infelizmente, apresentam restrições de toda ordem: limitam período de internação e número de exames; não cobrem doenças já instaladas (preexistentes ou congênitas, por exemplo) nem doenças que requerem atendimento caro ou contínuo.

Assim, é comum os contratos antigos não cobrirem procedimentos relacionados a doenças crônicas, infecciosas, Aids, câncer, doenças do coração e outras. Também excluem procedimentos como biópsias, quimioterapia, hemodiálise e até mesmo exames como ultra-sonografia e ressonância magnética. Muitos contratos não cobrem transplantes, próteses e órteses, mesmo quando implantadas durante o ato cirúrgico. Outros cobrem apenas parcialmente determinado exame – excluem, por exemplo, a cobertura do contraste necessário para a realização do exame radiológico ou o “stent” (pequeno aparelho) usado em casos de problemas no coração. Dentre outras limitações, há planos que cobrem internação, mas não os exames necessários durante a permanência no hospital.

A limitação ou exclusão de cobertura é uma prática ilegal, porque contraria a própria natureza do contrato de plano de saúde, que tem a finalidade de garantir a saúde integral – e não parte dela. Há farta jurisprudência (decisões judiciais) exigindo que o plano de saúde se responsabilize pelo atendimento ou tratamento completo. Um estudo realizado no Tribunal de Justiça de São Paulo revelou que em cerca de 80% das ações judiciais contra planos de saúde os consumidores ganham a causa.



B) Contratos novos também não cobrem tudo

A legislação que passou a valer em 1999 trouxe alguns avanços na ampliação das coberturas.

De acordo com a Lei, os planos de saúde devem obrigatoriamente cobrir todas as doenças listadas na CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), da Organização Mundial de Saúde.

As exclusões permitidas pela Lei inicialmente eram: tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não-nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não-ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades

competentes; casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

No entanto, a própria Lei e a posterior regulamentação mantiveram e até reforçaram algumas exclusões praticadas no mercado. Há uma série de possibilidades de exclusões, conforme será tratado a seguir.

C) Doença preexistente, um conceito inventado

Uma das mais graves exclusões de cobertura diz respeito às chamadas “doenças e lesões preexistentes”. Do ponto de vista médico esse conceito não tem nenhum fundamento, pois em grande parte das situações é impossível determinar o momento exato do surgimento de uma doença. Mas a Lei as definiu como sendo aquelas que o usuário do plano de saúde tem conhecimento de ser portador no momento da assinatura do contrato.

Nos planos antigos é comum constar no contrato a “exclusão de doenças e lesões preexistentes”, o que tem sido rechaçado pelo Judiciário com base principalmente no Código de Defesa do Consumidor.



Nos planos novos, para saber se o consumidor tem doenças ou lesões preexistentes, a operadora exige, no momento da contratação, o preenchimento de uma declaração de saúde. Trata-se de um formulário, que deve ser preenchido pelo titular e seus dependentes, atestando se são portadores de doenças e/ou lesões. Se o consumidor não tiver conhecimento, a doença não pode ser considerada preexistente.



Se o consumidor tiver alguma doença ou lesão preexistente, ficará sujeito à “cobertura parcial temporária”, que consiste numa carência de dois anos para inúmeros procedimentos relacionados, entre cirurgias; internação em leitos de alta tecnologia; exames caros; procedimentos de alta complexidade, dentre outros constantes em lista elaborada pela ANS. Neste caso, o usuário paga, durante os dois primeiros anos de carência, o mesmo valor da mensalidade de uma pessoa que não tem doença preexistente. Segundo as entidades médicas, a suspensão, por dois anos, no atendimento de diversos procedimentos que estão no rol, pode prejudicar a saúde e a vida dos pacientes.

D) Agravo, opção que não saiu do papel

Como suposta alternativa para as pessoas que têm alguma doença e que desejam contratar um plano de saúde, a legislação criou a figura do “agravo”, uma opção que deveria, obrigatoriamente, estar disponível a partir de 1999. Trata-se do acréscimo ao valor da prestação mensal do plano de saúde em função da doença preexistente. Quem optasse por essa modalidade pagaria uma mensalidade maior, mas seria atendido em todas as necessidades e procedimentos médicos relacionados à doença, sem as restrições impostas para aqueles que optarem pela cobertura parcial temporária (a carência de dois anos).

Neste caso, a empresa de plano de saúde deveria diluir o impacto dos custos com o atendimento do doente, entre todos os usuários do plano, ou seja, entre a imensa maioria de sadios, sempre que necessitar

calcular o agravo. Porém, não é o que acontece na prática. Poucas oferecem o agravo e, quando o fazem, o valor da mensalidade é proibitivo. A CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados apurou que, em 2003, o agravo para tratar HIV/Aids, por exemplo, chegava a R\$ 5.223,24 mensais; para diabetes, R\$ 2.222,55; para câncer de mama, R\$ 1.747,15.

E) Em casos de emergência

Passadas as primeiras 24 horas da assinatura do contrato de um plano de saúde, a Lei 9.656/98 determina que haja atendimento dos casos de urgência e emergência. Contrariando esta determinação legal, uma resolução buscou restringir, de forma significativa, a assistência à saúde, o que criou situações absurdas para os usuários e resultou em mais um ônus para o Sistema Único de Saúde. Segundo a resolução da ANS:

1) O plano ambulatorial só atende urgências e emergências durante as primeiras doze horas e exclusivamente no ambulatório. Não haverá cobertura, por exemplo, de uma cirurgia ou internação em UTI após um acidente de carro.

2) O plano hospitalar não presta atendimento de urgência ou emergência durante o cumprimento das carências. Apenas o atendimento ambulatorial será garantido e, mesmo assim, por apenas doze horas.

3) O plano hospitalar pode, também, negar atendimento de urgências e emergências para as situações que não impliquem em internação.

4) Gestantes ainda em prazo de carência, mesmo tendo plano hospitalar com cobertura obstétrica, somente terão direito ao atendimento ambulatorial e, mesmo assim, por doze horas. Conseqüentemente,

os casos de aborto, hemorragia e outras possíveis complicações da gestação ficam sem cobertura.

Essas regras são claramente ilegais. Nessas situações, a resolução define que a única responsabilidade da operadora de plano de saúde consiste em remover o paciente, por ambulância, a uma unidade do SUS, para garantir a continuidade do atendimento. O plano também é obrigado a pagar a remoção se o médico indicar que não há recursos no hospital para a continuidade do atendimento de forma adequada.

Diante de uma limitação de atendimento de urgência e emergência, vale a pena recorrer ao Judiciário. Nestas circunstâncias a Justiça frequentemente se manifesta favorável ao consumidor.



Para os contratos antigos não há nenhuma regra específica. São igualmente abusivas as tentativas de limitações da assistência de urgência e emergência.



F) Alegação de procedimentos estéticos

É comum a interpretação equivocada da legislação, por parte dos planos de saúde, do que são procedimentos estéticos e que, portanto, podem ser excluídos. Os planos excluem, com frequência, procedimentos de cirurgia plástica que não são para fins estéticos e, sim, para tratar sérios problemas de saúde.

Alguns exemplos são as cirurgias de redução de mama para correção da coluna, cirurgias de varizes ou mesmo de obesidade mórbida, devidamente diagnosticada.

A legislação não admite esta exclusão, que pode ser levada ao Judiciário pelo consumidor.



As cirurgias plásticas reconstrutivas de mama decorrentes de tratamento de câncer são de cobertura obrigatória por determinação explícita da Lei de Planos de Saúde, o que se aplica aos contratos assinados a partir de 1999.

G) Atendimento psiquiátrico: apenas parcial

Muitos contratos antigos deixam de fora as coberturas em saúde mental. Para questionar esse abuso, só mesmo recorrendo à Justiça.



Nos contratos novos, a assistência em saúde mental é obrigatória. Mas uma resolução limitou esse atendimento tanto para os contratos ambulatoriais quanto para os contratos hospitalares. O atendimento nos planos ambulatoriais prevê as emergências ambulatoriais, incluídas aí as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão – situações constantemente negadas pelos planos assinados antes de 1999; prevê até 12 sessões

de psicoterapia de crise por ano, com duração máxima de 12 semanas (atendimento intensivo); e o tratamento básico, com número ilimitado de consultas, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

No plano hospitalar está prevista a cobertura de pelo menos 30 dias de internação por ano em hospital psiquiátrico ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, desde que em situações de crise; 8 semanas por ano de tratamento em regime de hospital-dia ou 180 dias para alguns diagnósticos; 15 dias de internação em hospital geral para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que exijam hospitalização.

Se houver prescrição médica que passe desses limites, resta ao usuário arcar com as despesas, buscar o tratamento pelo SUS ou acionar a Justiça.



H) Transplantes, só de rins e córneas

É obrigatória, de acordo com a legislação, a cobertura de transplantes de rins e córneas. No caso dos planos novos, a operadora não terá obrigação legal de cobrir os demais transplantes, como de fígado, medula e coração. Quanto aos contratos antigos, a imensa maioria não cobre nenhum tipo de transplante. Não por acaso, o SUS acaba realizando quase 90% dos transplantes no país. Outra saída é recorrer à Justiça, que dá ganho de causa ao consumidor na maioria das ações.



I) Barreira para a cirurgia de miopia

Apesar da posição contrária apresentada por entidades médicas ligadas à oftalmologia, a norma criada pela ANS que vale para os contratos novos assegura a cobertura da cirurgia de miopia exclusivamente para grau igual ou superior a 7. Como muitos médicos prescrevem a cirurgia mesmo para graus abaixo de 7, resta ao paciente ficar sem o procedimento, pagar do próprio bolso, recorrer ao SUS ou acionar o Judiciário. A mesma orientação é válida para os usuários que têm contratos antigos.





No momento da internação

A) Fim das limitações de internações

A prática comum de restringir o número de dias de internação hospitalar nos contratos antigos chegou ao fim. A Justiça decidiu em muitos casos concretos que essa cláusula do contrato não tem valor, porque é ilegal. Somente o médico pode determinar a alta hospitalar.



Os contratos novos que incluem a cobertura de internação hospitalar também são obrigados a garantir a permanência no hospital durante todo o tempo determinado pelo médico.



B) Não assine cheque-caução

Tanto nos contratos antigos como nos contratos novos, é proibido exigir cheque-caução ou qualquer outra garantia do consumidor, em qualquer hipótese. Esta é uma prática, infelizmente, ainda usada pelos hospitais e serviços de saúde para permitir a internação.



C) Transferência de pacientes

Ao adquirir um plano de saúde, o usuário opta por essa ou aquela operadora, considerando em grande parte a sua rede credenciada. Quando necessita de uma internação, por exemplo, recorre ao hospital que escolheu.

Tornou-se prática, conforme consta no relatório final da CPI dos Planos de Saúde, a operadora, tão logo seja possível, de acordo com o quadro clínico do paciente, transferir para outro hospital, geralmente próprio da operadora, afim de reduzir os custos. Essa também é uma prática condenável, que deve ser denunciada, independentemente do tipo de contrato e da data de contratação.



D) Quando o plano não quer cobrir a conta

Depois de uma cirurgia ou internação coberta pelo plano de saúde, muitos pacientes são surpreendidos pelo hospital com uma conta

“salgada” – referente aos materiais, aparelhos e/ou medicamentos utilizados durante a internação – que o plano de saúde se recusa a cobrir. Os usuários têm direito à cobertura integral, independentemente da data da contratação do plano, desde que esteja prevista no contrato a cobertura hospitalar. Portanto, não devem aceitar pagar a conta. Neste caso, o melhor é solicitar ao hospital um prazo, enquanto discute a questão com o plano de saúde.

De acordo com a legislação, a operadora só pode se recusar a cobrir medicamentos importados não-nacionalizados e próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

Fora isso, o pagamento de todo o atendimento hospitalar cabe ao plano de saúde: diárias, inclusive em UTI ou CTI; honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e ao diagnóstico, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico, realizados durante o período de internação; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro. Menores de 18 anos ou maiores de 60 anos também têm direito a acompanhante, incluídas suas despesas básicas.



E) Internação domiciliar

Muitos planos de saúde antigos excluem a cobertura de internação domiciliar de seus contratos. Na opinião do Idec, o procedimento é uma continuação ou uma extensão da internação e, por isso, deve ser garantida, sempre que houver prescrição médica.



Para os contratos novos, a Lei 9.656/98 não exclui a cobertura; considerada, é portanto, dever das operadoras e direito dos usuários, desde que indicada pelo médico. A única ressalva diz respeito ao fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar que não está entre as obrigações legais dos planos de saúde.



Atenção: a internação domiciliar, assim como a internação no hospital, deve ser mantida até a alta médica. Não cabe à operadora, e sim ao médico, dizer o momento da interrupção deste serviço.





Outros abusos e restrições

A) Descredenciamento: o nível deve ser mantido

É muito comum o descredenciamento de hospitais, laboratórios, médicos e outros serviços pelos planos de saúde. Muitas vezes, a decisão pega o consumidor de surpresa, no meio de um tratamento ou com uma cirurgia já marcada.

Para os contratos novos, assinados a partir de 1999, a Lei admite o descredenciamento de um hospital, desde que o plano de saúde o substitua por outro equivalente. A mudança deve ser comunicada aos consumidores e à ANS com pelo menos 30 dias de antecedência. Se o consumidor estiver internado e o descredenciamento ocorrer por vontade do plano de saúde, o hospital deverá manter a internação e a operadora deverá arcar com as despesas até a alta hospitalar.



LEI



JUSTIÇA



CARTA

A legislação não trata do descredenciamento de outros serviços oferecidos pelos planos novos, como laboratórios e médicos. Da mesma

forma, não há regra clara para nenhum tipo de descredenciamento nos planos antigos. A rede credenciada é parte integrante do contrato e deve ser mantida obrigatoriamente, a não ser que haja uma situação excepcional. Nesta hipótese, os consumidores deverão ser previamente avisados, com substituição do profissional ou do estabelecimento por outro do mesmo nível.



B) Quando o acesso é dificultado

Há vários mecanismos adotados pelas operadoras para restringir, dificultar ou impedir o acesso a atendimentos ou procedimentos. Uma prática comum é a exigência de autorização prévia, sendo que os usuários são obrigados a solicitar um pedido ou guia para a realização de determinados procedimentos e exames. Outro meio bastante utilizado de controlar a utilização dos serviços é o direcionamento ou referenciamento do local específico para realização da consulta, internação, procedimento ou exame.

Também existe a triagem, a obrigatoriedade de avaliação prévia do usuário feita por um médico da operadora, que fica responsável por encaminhar o paciente para o tratamento especializado. Outra prática consiste em aceitar apenas procedimentos solicitados por profissionais que pertencem à rede credenciada, referenciada ou cooperada.

Os mecanismos administrativos para padronizar a utilização dos serviços podem até existir, desde que não prejudiquem ou impeçam o atendimento e estejam claramente escritos nos contratos.

A legislação que se aplica aos contratos firmados a partir de 1999 proíbe qualquer mecanismo de regulação que: 1) caracterize infração ao Código de Ética Médica ou de Odontologia; 2) caracterize conflito com as disposições legais em vigor; 3) limite a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura de patologias ou eventos assistenciais, com exceção das previstas nos contratos que têm cláusula na modalidade de reembolso; 4) estabeleça mecanismos diferenciados por usuários, faixas etárias ou qualquer outro fator; 5) exijam autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência; 6) impeça procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada; 7) estabeleça co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou outro fator que restrinja o acesso aos serviços; 8) estabeleça, em casos de internação, alguma forma de pagamento por parte do usuário por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.



O mesmo princípio vale para os contratos antigos: se houver imposição de dificuldades ou negativa de assistência à saúde por meio de mecanismos de regulação estará configurada uma prática abusiva e, portanto, ilegal.



C) Interferência no trabalho dos médicos

Segundo pesquisa do Instituto Datafolha, realizada a pedido da Associação Médica Brasileira (AMB), são muitas as formas de interferência dos planos de saúde na rotina e no trabalho dos médicos. Isso não só fere a autonomia profissional, como pode prejudicar os pacientes. Segundo os médicos estas são as principais arbitrariedades:

- Restrições à cobertura de doenças preexistentes.
- Glosas (não autorização de cobertura ou de pagamento) de procedimentos ou medidas terapêuticas.
- Liberação de atos diagnósticos e terapêuticos somente mediante a designação de auditores.
- Interferência no período de internação pré-operatório.
- Interferência no tempo de internação de pacientes.
- Valor irrisório pago para consultas e procedimentos.

Essas práticas, usadas para limitar procedimentos e reduzir custos, são totalmente contrárias ao exercício ético da medicina e representam uma violação aos direitos dos pacientes. Devem ser denunciadas tanto pelos profissionais vítimas dessas pressões como pelos usuários de planos de saúde, sempre que tomarem conhecimento. Convém denunciar à ANS e também aos Conselhos de Medicina.



D) Longas carências, muitas restrições

- Nos contratos de planos de saúde firmados a partir de 1999 os

períodos de carências estão descritos na Lei. São 24 horas de carência para urgências e emergências; 180 dias para consultas, exames, internações, cirurgias e demais casos. Na prática, os contratos estabelecem prazos menores para consultas e exames mais simples. Partos têm carência de 300 dias, com exceção do parto prematuro. Este caso será tratado como um procedimento de urgência e, portanto, deverá ser coberto (apesar da já referida resolução que restringiu ilegalmente o atendimento de urgências e emergências).

■ No caso das doenças e lesões preexistentes a carência para diversos procedimentos está fixada em dois anos, conforme já foi abordado.

■ Após o cumprimento das carências, não deve haver nenhum impedimento de acesso aos serviços e procedimentos contratados. Trata-se de um direito garantido pela legislação.

■ Há operadoras que negociam tempo de carência de outras empresas, quando o consumidor resolve mudar de operadora e adquirir um novo plano. Tal prática é conhecida como “compra de carência”. Em geral, mesmo com a negociação, as empresas continuam exigindo carência para cobrir partos e procedimentos relacionados às doenças e lesões preexistentes.

■ É proibida a exigência, pela operadora, de novo cumprimento de carências já cumpridas. Fique de olho: não aceite recontagem de carência, seja nos casos de adaptação contratual, renovação de contrato ou ainda em razão de atraso de pagamento ou em planos sucessores. (O plano sucessor substitui, sem interrupção de tempo, o plano ao qual o consumidor estava vinculado. Os contratos relacionados à “transferência de carteira” – quando uma operadora “compra” os clientes de outra – também são considerados sucessores). Mas, se o usuário mudar

de empresa de plano de saúde, poderá sofrer novas carências.

■ Nos planos coletivos empresariais (que têm adesão automática dos usuários) com 50 participantes ou mais, a exigência do cumprimento de carência não é permitida. Se o número for inferior a 50 pessoas será exigido cumprimento de carência de acordo com os prazos máximos estabelecidos pela Lei. Já nos planos coletivos por adesão, independente do número de integrantes, a carência pode ser exigida.

■ Está assegurada, com isenção de carência, a inscrição do filho natural ou adotivo de titular de plano com cobertura obstétrica. Mas preste atenção: a inclusão da criança tem que ocorrer no máximo 30 dias após o nascimento ou a adoção. Porém, isso só será permitido depois do cumprimento, pelo titular do plano, de carência de 300 dias para a realização de parto.

E) Restrições conforme cidade ou região

O termo cobertura também serve para especificar a abrangência geográfica onde o usuário do plano de saúde poderá ser atendido, o que deve ser obrigatoriamente especificado no contrato. O plano pode atender em um município (cobertura municipal), em um conjunto específico de municípios ou Estado (cobertura regional ou estadual), em um conjunto específico de Estados, ou mesmo em todo país (cobertura nacional).

O consumidor nem sempre observa este ponto. Ele só descobre a restrição quando tem um problema de saúde fora de seu local de domicílio.

F) Cuidado com os “cartões de desconto”

É prática comum, sobretudo em cidades de pequeno e médio porte, a comercialização dos chamados “cartões de desconto”, por empresas

que não têm atuação na área da saúde (principalmente funerárias). Essas empresas chegam a manter serviços próprios e rede conveniada de prestadores de serviços na área da saúde e oferecem aos seus associados a concessão de descontos em consultas médicas, clínicas e laboratórios. Muitas publicam relação de profissionais médicos e de serviços de saúde, além de utilizarem a emissão de guias como condição para a obtenção dos descontos pelos usuários. Os mesmos cartões geralmente oferecem vantagens sobre outros serviços, como farmácias, óticas, dentistas e lazer.

A publicidade desses cartões muitas vezes é enganosa e pode confundir o consumidor, pois dá a entender que se trata de um plano de saúde. Os Conselhos de Medicina condenam a vinculação de médicos aos sistemas de descontos. A ANS, por sua vez, é omissa quanto aos cartões de desconto, limitando-se a “desaconselhar” esse tipo de contratação. Segundo a Agência, “os cartões não apresentam as garantias assistenciais mínimas exigidas pela legislação, deixando o consumidor vulnerável nas situações de maior risco, que são exatamente aquelas em que o custo da assistência médica pode chegar a valores muito elevados”.



Na hora da aposentadoria ou em caso de demissão

Quais são os direitos dos aposentados ou demitidos de empresas que mantêm planos coletivos para seus empregados? A dúvida é frequente e são muitas as ações judiciais neste sentido.

A legislação criou regras que asseguram alguns poucos benefícios tanto para aposentados, quanto para ex-funcionários. Mas não são raras as situações em que tanto a empresa empregadora (ou sindicato ou associação) como a operadora de plano de saúde, por vários motivos, alegam não ter como viabilizar a permanência do aposentado ou demitido no plano coletivo.

Em qualquer hipótese, independentemente da data de contratação, o usuário interessado tem o direito de manter o vínculo com a operadora de plano de saúde. Basta formalizar um contrato individual. Nesta situação, terá que arcar com o pagamento integral das mensalidades, mas não poderá sofrer novas carências.



A) Ex-funcionário

No caso de demissão, o ex-funcionário poderá se manter no plano de saúde (pagando o mesmo valor pago pela empresa) pelo equivalente a um terço do tempo em que tiver permanecido no plano – com uma limitação de, no mínimo, 6 meses e, no máximo, 2 anos. O benefício se estende aos dependentes mesmo na hipótese de morte do titular. Além do decurso do tempo, outra circunstância que encerra o benefício é a admissão em novo emprego.

Existe um procedimento para solicitar este benefício. O empregador deve informar este direito ao funcionário no ato da rescisão. No prazo máximo de 30 dias após este aviso, o ex-funcionário deve manifestar formalmente seu interesse em permanecer no plano.

Em caso de demissão por justa causa o funcionário não poderá usufruir deste benefício. Além disso, indiferente da motivação da demissão, o benefício também não é concedido se o plano de saúde coletivo for custeado integralmente pelo empregador.

B) Aposentado

Quando chega a hora de se aposentar, se o trabalhador tiver contribuído para um plano ou seguro de saúde coletivo por dez anos ou mais poderá continuar como beneficiário desse plano, nas mesmas condições, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade. Já o aposentado que contribuiu por menos de dez anos terá o benefício durante um período limitado: um ano para cada ano de contribuição. Este benefício vale para todo o grupo familiar inscrito durante a vigência do contrato de trabalho (ou vínculo associativo ou sindical), mesmo na hipótese de morte do titular.

As limitações impostas ao aposentado são as mesmas impostas ao ex-funcionário, ou seja, se o plano for custeado integralmente pela empresa, o aposentado não tem direito ao benefício; e se for admitido em novo emprego, terá o benefício cancelado. Também está sujeito ao procedimento de formalizar o interesse em continuar no plano.



Onde e como fazer valer seus direitos

Além de conhecer seus direitos, é preciso saber como exigí-los no dia-a-dia, toda vez que não forem respeitados. Em geral, o caminho não é fácil e requer uma grande disposição. Mas vale a pena! Ao reivindicar o cumprimento da Lei, o consumidor busca resolver o seu problema pessoal e também contribui para a melhoria dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde para toda a comunidade.

A seguir estão indicados os principais órgãos para a solução das situações indesejadas que o usuário pode enfrentar, e, quando possível, endereços que poderão também ajudá-lo a encontrar os contatos estaduais e municipais. Há também modelos de cartas para facilitar a reivindicação de direitos desrespeitados. No site do Idec (www.idec.org.br) há ainda modelos de ações judiciais para os associados.

Em diversos casos mais de uma atitude pode ser tomada, mas é sempre aconselhável que a primeira delas seja reclamar diretamente com a operadora de seu plano de saúde, para tentar uma solução amigável do problema. Isto pode ser feito por meio de uma carta dirigida à empresa operadora de seu plano de saúde com cópia dos documen-

tos que demonstrem a situação. O usuário pode também reclamar junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar; enviar uma representação denunciando ao Ministério Público o problema ou ainda propor uma ação judicial. Na situação concreta, o cidadão, após ler o que é e o que faz cada órgão, deve decidir quais as melhores alternativas e decisões a serem tomadas.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Como funciona

É o órgão governamental, criado em 2000 e vinculado ao Ministério da Saúde, que tem a tarefa de regular, normatizar, controlar e fiscalizar o setor de planos e seguros de saúde.

Quando procurar

Quando o consumidor tiver dúvidas e denúncias relacionadas a problemas com operadoras de planos de saúde como negativas de atendimento, reajustes de mensalidades, descredenciamento de médicos, laboratórios e hospitais, entre outros. A Agência deverá proibir e até mesmo multar as condutas contrárias à legislação do setor, mas não resolverá o problema concreto do consumidor. Ainda assim, é importante acioná-la e acompanhar de perto sua atuação.

Para acionar

Você pode formalizar sua denúncia por meio do telefone 0800-7019656, na internet (www.ans.gov.br) ou no endereço: rua Augusto Severo, 84 - Glória, Rio de Janeiro / RJ, CEP:20021-040.

Como funciona

Uma das funções do Ministério Público (MP) é promover inquérito civil e ação civil pública para a proteção dos interesses coletivos da população, dentre eles a tutela dos consumidores, usuários de planos de saúde. Assim, questões que envolvam os usuários coletivamente podem (e devem) ser denunciadas ao MP. A partir daí, o órgão irá avaliar a reclamação e, se julgar procedente, poderá fazer um termo de ajustamento de conduta (um acordo) para adequação da conduta da operadora de plano de saúde ou propor uma ação civil pública. Existe o Ministério Público Federal e o Estadual. Ambos têm competência para atuar nas questões relacionadas à saúde.

Quando procurar

Sempre que você tiver problemas que também afetem a coletividade dos usuários de planos de saúde, como reajustes, descredenciamentos de prestadores de serviços, exigência do cheque-caução, exclusões de cobertura, entre outras.

Para acionar

Por meio de uma representação, que é um documento escrito que descreve o problema e solicita providências. Outra alternativa é comparecer pessoalmente ao Ministério Público, onde será tomado seu depoimento.

Ministério Público Federal

Procuradoria Geral da República
SAF – Sul, Quadra O4, Conj. C
CEP: 70050-900 – Brasília / DF
Tel: (61) 3031-5100
Site: www.pgr.mpf.gov.br

Ministério Público Federal

Em São Paulo

Rua Peixoto Gomide, 768 – Cerqueira César

CEP: 01409-904 – São Paulo / SP

Tel: (11) 3269-5000

Ministério Público Estadual

Rua Riachuelo, 115

CEP: 01007-904 – São Paulo / SP

Tel: (11) 3119-9000

Site: www.mp.sp.gov.br

(em outros estados, troque a sigla sp pela sigla do estado desejado)

Poder Judiciário

Como funciona

A Constituição Federal garante que toda lesão ou ameaça de direito seja apreciada pelo Poder Judiciário. Basta que o interessado procure a Justiça. Desde que preenchidas as formalidades exigidas, o cidadão sempre poderá levar o problema a um juiz de Direito. O acesso à Justiça se dá por meio de um documento denominado petição inicial, que deve sempre ser elaborado e assinado por um advogado (*a exceção é o Juizado Especial Cível – veja à página 68*). A partir daí, o Juiz analisará o pedido do autor da ação, a resposta do réu, as provas apresentadas e decidirá a questão. A parte que perder poderá recorrer aos Tribunais na tentativa de mudar a decisão do juiz. Nas ações judiciais movidas contra planos de saúde, a maioria das decisões é favorável aos consumidores, mas é importante saber que, em alguns casos, a operadora ganha a causa.

Quando procurar

Pode ser acionado para que a operadora de plano de saúde seja obrigada a cumprir o que está previsto no contrato e/ou na Lei. Desse modo, o consumidor pode conseguir o atendimento que foi negado indevidamente pela empresa como, por exemplo, internação para fazer uma cirurgia, realização de exames ou mesmo a revisão de reajustes abusivos. Também é possível recorrer à Justiça para buscar indenização ou reparação de danos de qualquer natureza sofridos em razão da não prestação dos serviços de saúde ou da má qualidade dos serviços prestados.

Para acionar

Os cidadãos podem ingressar na Justiça individualmente, contratando um advogado particular ou recorrendo à assistência judiciária gratuita (*veja à página 69 – Defensoria Pública*). O Ministério Público também pode representar o cidadão judicialmente, bem como associações com legitimidade para propor ações judiciais e que tenha entre as suas finalidades, descritas no seu estatuto, a defesa dos consumidores e/ou da saúde.

Juizado Especial Cível (JEC)

Como funciona

Antes conhecido como Juizado de Pequenas Causas, o JEC faz parte do Poder Judiciário, mas dedica-se exclusivamente ao julgamento de ações cujo valor envolvido não seja superior a 40 salários mínimos. Seu objetivo é simplificar o andamento das causas de menor complexidade e, por isso, costuma ser mais rápido que a Justiça Comum. Após analisar o pedido de quem deu entrada na ação e ouvir a defesa do acusado, o juiz decide quem tem razão. Quem perde, pode recorrer, mas, no JEC, o número de recursos é limitado.

Quando procurar

Para discutir problemas com planos de saúde, hospitais e clínicas privadas, desde que o valor envolvido não ultrapasse 40 salários mínimos. Se o problema for com o SUS não é possível recorrer ao JEC.

Para acionar

Para causas de até 20 salários mínimos não é necessário advogado, basta recorrer à unidade mais próxima de sua casa (normalmente situa-se no Fórum). O pedido deve ser feito por escrito ou oralmente. É preciso anexar ao pedido todos os documentos que comprovam a reclamação: receitas, exames, prontuário médico, notas fiscais, orçamentos, contratos, boletos de pagamento. Também é importante saber os dados das eventuais testemunhas, como nome e endereço. Quando os valores discutidos estiverem entre 20 e 40 salários mínimos é necessária a contratação de um advogado para acionar o JEC.

Juizado Central de São Paulo/Capital

(em outros locais, informe-se no Fórum)

Rua Vergueiro, 835

CEP: 01504-001 – São Paulo / SP

Tels: (11) 3207-5857/3207-5183

Defensoria Pública

Como funciona

A Defensoria Pública foi criada pela Constituição Federal de 1988 e tem o dever de prestar assistência jurídica gratuita aos necessitados, definidos por lei como aqueles que não têm condições de pagar os honorários de um advogado e as custas de um processo judicial, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família. No caso de problemas com planos de saúde, o cidadão deverá

procurar as Defensorias Estaduais. Em alguns estados a Defensoria Pública Estadual ainda não foi implantada. Neste caso, é possível recorrer aos escritórios experimentais da OAB ou escritórios modelos das faculdades de Direito.

Quando procurar

Sempre que o cidadão tiver alguma dúvida ou a intenção de promover uma ação, lembrando que somente poderá contar com este órgão se for considerado necessitado.

Para acionar

Dirigir-se à Defensoria Pública ou às entidades que ofereçam assistência jurídica gratuita, conforme o caso. Relatar o problema e apresentar as provas de que se enquadra na condição de necessitado. Os critérios utilizados para essa classificação poderão ser diferentes dependendo do órgão ou entidade procurada pelo cidadão.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Av. Liberdade, 32

CEP: 01502-000 – São Paulo / SP

Tel. (11) 3105-5799 – Informações: 0800-178989

Site: www.defensoria.sp.gov.br

Defesa do Consumidor

Como funciona

As entidades de defesa do consumidor podem ser públicas, como os Procons estaduais e municipais ou entidades formadas a partir da organização da sociedade civil, como o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e demais entidades do Fórum Nacional de Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor. Todas recebem denúncias envolvendo planos de saúde. Como são órgãos públicos, os Procons têm a obrigação de atender qualquer cidadão.

O Idec, associação civil sem fins lucrativos, também orienta e defende toda a sociedade; por exemplo, por meio da divulgação dos testes de produtos e serviços que realiza, das informações e orientações disponibilizadas em seu site e inclusive atuando judicialmente por meio de ações civis públicas que beneficiam todos os consumidores, sem distinção. Por outro lado, o atendimento individual do Idec é exclusivo para seus associados que contribuem para a existência do Instituto. O associado do Idec, além de contribuir para que o Instituto continue ajudando a todos, recebe a revista *Consumidor S.A.*, participa das ações judiciais e tem à disposição o Serviço de Orientação ao Associado que ensina o consumidor a defender os seus direitos.

Quando procurar

Sempre que o consumidor precisar conhecer seus direitos, esclarecer dúvidas ou diante de um problema relacionado ao consumo de produtos ou serviços.

Para acionar

Compareça pessoalmente a uma dessas entidades ou entre em contato, por meio de telefone, e-mail, ou mesmo carta.

Procon de São Paulo

Site: www.procon.sp.gov.br

Tel: 151 (atendimento pelo telefone) ou 0800-7723633 (informações gerais), de segunda a sexta-feira das 8h às 18h

Poupatempo Sé (Praça do Carmo, ao lado da Estação Sé do Metrô)

Poupatempo Itaquera (av. do Contorno, ao lado da Estação Itaquera do Metrô)

Poupatempo Santo Amaro (Rua Amador Bueno, 176/258)

Horário: segunda a sexta-feira, das 7h às 19h e aos sábados, das 7h às 13h.

Fórum de Procons

Site: www.mj.gov.br/dpdc

Idec

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
Rua Doutor Costa Júnior 356, Água Branca
(perto do metrô Barra Funda, travessa da Avenida Francisco Matarazzo)
CEP: 05002-000 - São Paulo / SP
Tel: (11) 3874-2152
Site: www.idec.org.br / Email: naoassociado@idec.org.br

Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor

Site: www.forumdoconsumidor.org.br
E-mail: contato@forumdoconsumidor.org.br

Defesa dos Direitos Humanos

Como funciona

Existem diversas instâncias, como as comissões de direitos humanos ligadas ao poder Legislativo (Câmara dos Deputados, Assembléias Legislativas e Câmaras Municipais) e as secretarias e conselhos de direitos humanos ligados ao poder Executivo. Elas recebem, investigam e apuram denúncias de violação dos direitos humanos.

72

Quando procurar

Sempre que o usuário for vítima ou presenciar qualquer violação dos direitos civis e de cidadania, preconceito, discriminação, maus-tratos, abandonos e todas as formas de violências e atentados contra a dignidade humana que possam vir a ser cometidas pelas operadoras de planos de saúde ou ainda pelos prestadores de serviços de saúde conveniados.

Para acionar

Encaminhe uma carta à comissão, secretaria ou conselho de direitos humanos relatando o fato.

Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados

Câmara dos Deputados, Anexo II, Pavimento Superior, Ala A, Sala 185

Palácio do Congresso Nacional – Praça dos Três Poderes

CEP: 70160-900 – Brasília / DF – Tel: (61) 3216-6570/3216-6574

Site: www.camara.gov.br/cdh - Fale conosco

E-mail: cdh@camara.gov.br

Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Ministério da Justiça

Edifício Sede, Esplanada dos Ministérios – Bloco T – Sala 420

CEP: 70064-900 – Brasília / DF – Tel/Fax: (61) 3429-3142 / 3223-2260

Site: www.mj.gov.br/sedh/

E-mail: direitoshumanos@sedh.gov.br

Imprensa e meios de comunicação

Como funciona

Os meios de comunicação (rádio, TV, jornais, revistas e Internet) podem ser importantes aliados dos usuários dos planos de saúde. Os jornais diários mantêm colunas que publicam cartas, opiniões, queixas e denúncias da população. Os maiores veículos têm editorias e programas específicos para tratar de questões relacionadas à saúde. Mas saiba que o seu depoimento, o seu caso ou a sua imagem só podem ser divulgados com sua prévia e expressa autorização.

Quando procurar

Para denunciar omissões, deficiências, falhas e abusos dos planos de saúde.

Para acionar

Envie uma carta ou e-mail à redação ou à coluna, seção ou painel do leitor; ou telefone para o veículo de comunicação e peça para falar com o setor de pauta (que define os assuntos que vão virar notícia) ou com a reportagem.



Modelos de cartas para usuários de planos de saúde

A seguir encontram-se modelos de cartas para diversas situações. Elas podem ser digitadas ou escritas à mão, devem conter a data e ser dirigidas à operadora de plano de saúde.

A entrega da carta pode se dar de várias formas: pessoalmente, pelo correio, fax ou e-mail. O mais importante é guardar uma prova de que a reclamação foi formalizada. Se for entregue pessoalmente, exija um protocolo (que pode ser um documento atestando o recebimento da carta ou mesmo uma anotação em uma cópia que ficará com você, de que o documento foi recebido). Se for pelo correio, deve ser enviada com aviso de recebimento (AR). Se o caso exigir maior rigor, a carta pode ser remetida pelo Cartório de Títulos e Documentos. Nunca se esqueça de guardar uma cópia da carta e o AR/protocolo, pois estas são provas de que a correspondência foi enviada e recebida.

Todos os documentos (cópias) relacionados à solicitação ou reclamação devem ser juntados à carta.

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*, sendo que no momento da contratação não me foi entregue cópia do contrato e até a presente data o mesmo não me foi enviado.

Diante do exposto, solicito, em caráter de urgência, cópia do contrato a que tenho direito conforme determina o Código de Defesa do Consumidor (art. 6º, III e art. 46).

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(inserir a categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data da negativa do atendimento)*, houve recusa por parte dessa empresa em dar cobertura a(o) *(nome da doença ou do procedimento cuja cobertura foi negada)*, sob alegação de *(informar o motivo da negativa, por exemplo, meu contrato de plano/seguro exclui expressamente a cobertura deste procedimento (ou) desta doença / ou não está prevista no contrato a cobertura desse procedimento, etc)*.

Ocorre que, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, especialmente os artigos 6º, IV, 39, V e 51, inciso IV e parágrafo 1º, incisos I, II e III, é ilegal recusar esse atendimento, uma vez que nega direito inerente à natureza e função do contrato, que é a de garantir a cobertura da assistência à saúde indispensável à preservação, manutenção e recuperação de minha saúde.

(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999, e for o caso, inserir: Além disso, a negativa dessa empresa contraria a Lei 9656/98)

Ressalto que a negativa de atendimento comprometerá seriamente a minha saúde e a minha vida.

Diante do exposto, solicito, com urgência, que seja reconsiderada a posição dessa empresa e que seja garantido o meu direito de receber o atendimento necessário para o tratamento do(a) *(nome da doença)* / (ou) para a realização do(a) *(nome do procedimento)*.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Para questionar exclusão ou limitação de cobertura de doença preexistente

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data da negativa de atendimento)*, foi negada a cobertura de *(informar o procedimento negado)*, sob a alegação de se tratar de doença preexistente.

Ocorre que, eu não tinha nenhum sintoma dessa doença no momento da contratação do plano/seguro, sendo que a primeira vez que a *(nome da doença para a qual está sendo negada a cobertura)* se manifestou foi em *(data)*,

(número) meses após a assinatura do plano/seguro. (Se houver sido feita uma “declaração de saúde” e/ou perícia médica no momento da contratação, acrescentar: Além disso, na época da contratação foi feita “declaração de saúde” / entrevista médica / perícia médica, não tendo sido detectado o problema de saúde)

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor, artigos 6o, IV, 39, V e 51, IV, parágrafo 1o, incisos I a III, a restrição pretendida é abusiva e absolutamente contrária à natureza do contrato de assistência à saúde. *(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999, inserir: Além disso, a Lei 9656/98, artigo 11, e a Resolução 2 do CONSU, estabelecem que doença preexistente é aquela que o consumidor “saiba ser portador ou sofredor à época da contratação” e, conforme demonstrado, não é o meu caso, razão pela qual tenho direito de receber o atendimento)*

Diante do exposto, solicito, com urgência, seja reconsiderada a posição desta empresa para que eu receba o atendimento necessário para o tratamento do(a) *(nome da doença)*, conforme previsto na Lei.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Para questionar exclusão ou limitação de cobertura de urgência/emergência

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data do evento urgente ou emergente)*, fui surpreendido com a negativa da *(guia para internação, exames, etc)* para atendimento de urgência/emergência, sob a alegação de que *(motivo alegado pela empresa - por exemplo: ainda está no prazo de carência ou não há previsão contratual para cobertura do procedimento necessitado)*.

Ocorre que, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, artigos 6º, IV, 39, V e 51, IV e § 1º, II e III, é obrigatória a cobertura do atendimento, uma vez que há risco grave à saúde. *(Se o contrato tiver sido assinado a partir de janeiro de 1999, inserir também: A obrigação desse atendimento também é prevista pela Lei 9.656/98, artigo 12, V, "c", que estabelece a carência máxima em casos de urgência e emergência é de 24 horas - sendo que as regras estabelecidas pela Resolução 13 do CONSU que contrariam e/ou limitam a norma da referida Lei são ilegais)*

Diante do exposto, solicito, com urgência, seja reconsiderada a posição desta empresa para que eu receba o atendimento necessário, conforme assegurado por lei.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data da interrupção da internação hospitalar)* fui surpreendido com a informação de que o prazo de internação hospitalar a que tinha direito havia esgotado.

(Relatar o que efetivamente ocorreu, quem comunicou, de que modo foi comunicado, etc).

Ocorre que, este limite de internação hospitalar imposto pela empresa é uma prática abusiva e por isso nula, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor (artigo 51, IV, parágrafo 1º, II e III). *(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999, inserir: Também com base na Lei 9656/98, esta atitude é ilegal (artigos 12, II, "a" e 35-E, IV), pois não pode haver limitação de prazo em caso de internação hospitalar)*

Diante do exposto, solicito, em caráter de urgência, seja desconsiderado o limite de internação hospitalar imposto, conforme determina a Lei, de forma a garantir a continuidade da prestação dos serviços hospitalares imprescindíveis para o caso.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, fui surpreendido(a) com o descredenciamento do *(hospital/laboratório/médico)*, e, pior, sem ter sido previamente informado(a) por V. Sas. o motivo e o *(hospital/laboratório/médico)* que irá substituí-lo.

A atitude dessa empresa desrespeita o Código de Defesa do Consumidor

que exige o cumprimento da oferta e do contrato (artigos 30 e 51, XIII). *(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999 e o descredenciamento for de hospital, incluir: Iguualmente, o descredenciamento feito contraria o artigo 17 da Lei 9.656/98, que obriga a empresa a informar com 30 (trinta) dias de antecedência a todos os conveniados e a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde sobre o descredenciamento, bem como re-por o hospital descredenciado por outro de mesmo nível)*

Diante do exposto, solicito, com urgência, seja assegurado o meu direito de utilizar o serviço descredenciado, pelo menos, até o fim do tratamento e, depois, seja o *(hospital/laboratório/médico)* substituído, por outro de mesmo nível.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Para questionar o não atendimento por atraso no pagamento

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, fui surpreendido com a informação de que não poderia usar o meu plano/seguro durante *(número de dias)*, por causa do atraso no pagamento da minha mensalidade, razão pela qual foi negado *(descrever o procedimento que foi negado pela empresa: consulta médica, internação hospitalar, exames)*.

Ocorre que, com base no Código de Defesa do Consumidor, artigos 6º., IV, 39, V, e 51, IV e parágrafo 1º, I e II, esta prática é proibida, mesmo que conste expressamente em contrato, e o atraso da mensalidade é pequeno, não chegando a 60 dias. *(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999, incluir entre os dispositivos legais citados o artigo 13, II, da Lei 9656/98)*

Diante do exposto, solicito, com urgência, que seja imediatamente autorizada *(procedimento que foi negado: guia para consulta médica, internação, exames, etc)*.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, fui surpreendido com um reajuste na mensalidade de meu plano/seguro, que de R\$ *(valor da mensalidade anterior)* subiu para R\$ *(valor da mensalidade atual)*, o que, como V. Sas. podem comprovar, representa significativo aumento, muito além dos índices de inflação. Além disso, o contrato não prevê um critério de reajuste claro e preciso, conforme determina o artigo 31 do Código de Defesa do Consumidor *(se o contrato tiver sido assinado a partir*

de janeiro de 1999, inserir: e o artigo 16 da Lei 9.656/98), sendo que o aumento foi imposto pela empresa sem observar qualquer critério preestabelecido ou índice oficial de inflação. O aumento praticado por V. Sas. viola, ainda, o disposto no artigo 51, X do Código de Defesa do Consumidor, que proíbe a variação unilateral de preço.

Diante do exposto, solicito que o reajuste imposto seja revisto e que o percentual de aumento devido seja *(conforme índice contratado ou, se não existir critério estabelecido no contrato, compatível com a inflação acumulada no período de 12 (doze) meses)*.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Para solicitar cancelamento de aumento por mudança de faixa etária sem previsão contratual

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data do aumento abusivo por mudança de faixa etária)*, fui surpreendido(a) com um aumento na mensalidade de meu plano/seguro, que, segundo informações de V. Sas., decorre da mudança de faixa etária.

Ocorre que o Código de Defesa do Consumidor, em seus artigos 6º, inciso III, 46 e 51, inciso X, proíbe aumento se não estiverem expressos no contrato

a(s) faixa(s) etária(s) e o(s) respectivo(s) percentual(ais) de aumento. *(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999, incluir: Também a Lei 9656/98, especialmente em seu artigo 16, IV e a Resolução 6 do CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar; consideram o aumento, neste caso, ilegal)*

Diante do exposto, solicito a imediata correção do valor de minha mensalidade.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, fui surpreendido com um reajuste na mensalidade de meu plano/seguro, que de R\$ *(valor da mensalidade anterior)* subiu para R\$ *(valor da mensalidade atual)*, justificado em virtude de mudança de faixa etária, pois completei *(idade)* anos.

Apesar de previsto em meu contrato, este aumento de *(percentual de aumento)* não possui respaldo em nenhum critério técnico, e representa, na realidade, uma tentativa de me excluir do plano.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor, em especial o artigo 51, IV e parágrafo 1º, inciso III, são nulas as cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou que se mostram excessivamente onerosa, como é o caso deste aumento.

Diante do exposto, solicito que o reajuste imposto seja revisto, bem como os critérios utilizados para aplicação dos aumentos de faixa etária sejam explicitados.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Para solicitar cancelamento de reajuste por sinistralidade ou por revisão técnica

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, fui surpreendido com um reajuste na mensalidade de meu plano/seguro, que de R\$ *(valor da mensalidade anterior)* subiu para R\$ *(valor da mensalidade atual)*, sob a alegação de *(aumento da sinistralidade ou revisão técnica)*.

Ocorre que o Código de Defesa do Consumidor exige a informação clara a respeito do preço do serviço (artigos 6o, III e 31). Também, o artigo 51, incisos IV, X e XV do CDC proíbe a variação unilateral de preço, como feito pela empresa. Além disso, este aumento significa uma transferência aos consumidores dos riscos da atividade econômica da empresa, o que não é correto, já que a variação do percentual do lucro é um risco inerente à atividade exercida pela empresa que, portanto, não pode repassá-la aos seus clientes.

Por fim, de acordo com a Lei do Real, Lei 9.069/95, os contratos com um ano ou mais de duração, somente podem sofrer um reajuste anual com base em índice oficial da inflação ou com variação nos custos do setor.

Diante do exposto, solicito que o *(aumento por sinistralidade OU revisão técnica)* seja cancelado.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

**Para solicitar manutenção de contrato individual/familiar
diante da rescisão unilateral pela operadora**

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data da rescisão unilateral)*, fui surpreendido com a informação de que meu contrato seria rescindido a partir de *(data informada pela empresa e relatar aqui o que efetivamente ocorreu, quem comunicou, de que modo foi comunicado, etc.)*.

Ocorre que o Código de Defesa do Consumidor proíbe este tipo de conduta, que é caracterizada como prática abusiva e por isso nula, ainda que haja previsão contratual, de acordo com os artigos 39, inciso IV, e 51, inciso IV, parágrafo 1º, inciso III.

(Se o contrato houver sido firmado a partir de janeiro de 1999, inserir este parágrafo: Para reforçar esse entendimento, a Lei 9.656/98, artigo 13, inciso II, vedou expressamente o cancelamento do contrato, salvo quando ocorrer fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias - o que não aconteceu no meu caso.)

Diante do exposto, solicito, em caráter de urgência, seja anulada a rescisão do meu contrato, conforme determina a lei.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

**Para solicitar manutenção de contrato individual/familiar,
diante da rescisão do contrato coletivo**

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data do início do benefício)*, passei a ser beneficiário do plano/segurossaúde *(categoria do plano/segurossaúde, modalidade individual/familiar)*, pertencente à *(nome do empregador/sindicato/associação responsável pelo plano/segurossaúde)*, que contratou Vs. Sas. para prestar assistência privada à saúde ao grupo de *(funcionários/associados/sindicalizados)*.

Em *(data)*, foi rompida a relação entre Vs. Sas. e a empregadora *(sindicato/associação) (nome do empregador/sindicato/associação responsável pelo contrato coletivo)*.

Ocorre que, ainda que tenha havido ruptura desse vínculo, pretendo manter meu contrato de assistência à saúde com essa empresa de assistência à saúde. Negar esse meu direito representa ofensa ao Código de Defesa do Consumidor, especialmente artigos 4º, I, 6º, IV e 39, V, e implica em sério prejuízo, já que eu seria obrigado a adquirir novo contrato, ficando sujeito ao cumprimento de novas e longas carências.

Diante do exposto, solicito a manutenção do meu contrato *(e de minha família, se for o caso)*.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

**Para solicitar a manutenção de plano de saúde sem novas carências,
em caso de aposentadoria**

(Local, data)

À *(nome da empresa)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de início no trabalho)*, fui contratado na empresa *(nome)* para/ como *(colocar o cargo ou função que exercia)*. Conseqüentemente, passei a ser beneficiário do plano/seguro de saúde coletivo firmado entre V. Sas.

Em *(data)*, após ter cumprido todos os requisitos exigidos em lei, fui informado que minha aposentadoria havia sido concedida.

Nesta oportunidade, venho solicitar a manutenção do meu plano de saúde, sem submissão a novos prazos de carência, com base no Código de Defesa do Consumidor, artigos 39, V e 51, IV, XI e parágrafo 1º, I a III.

(Para usuários de planos coletivos assinados a partir de 1999 ou adaptados à Lei 9.656/98, e que tenham efetivamente contribuído com parte do pagamento da mensalidade de plano de saúde, substituir o parágrafo acima pelo que segue: Nesta oportunidade, venho solicitar a manutenção do meu plano de saúde, inclusive quanto aos benefícios previstos no artigo 31 da Lei 9.656/98, Resolução 21 do CONSU e às vantagens obtidas em negociações coletivas de trabalho.)

Diante do exposto, solicito minha manutenção *(e de minha família, se for o caso)* no plano / seguro pelo período assegurado na Lei.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

**Para solicitar manutenção em plano coletivo,
em caso de demissão sem justa causa**

(Local, data)

À *(nome da empresa)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de início no trabalho)*, fui contratado na empresa *(nome)* para/ como *(colocar o cargo ou função que exercia)*.

Conseqüentemente, passei a ser beneficiário do plano/seguro de saúde coletivo firmado entre V. Sas.

Em *(data)*, fui informado que seria demitido sem justa causa/ me desliguei da referida empresa.

Nesta oportunidade, venho solicitar a manutenção do meu plano de saúde, sem submissão a novos prazos de carência, com base no Código de Defesa do Consumidor, artigos 39, V e 51, IV, XI e parágrafo 1º, I a III.

(Para usuários beneficiários de planos coletivos assinados a partir de 1999 ou adaptados à Lei 9.656/98, e que tenham efetivamente contribuído com parte do pagamento da mensalidade de plano de saúde, substituir o parágrafo acima pelos que seguem: Ocorre que, com base no artigo 30 da Lei 9656/98 e na Resolução 20 do CONSU – Conselho de Saúde Suplementar, é meu direito continuar usufruindo o plano/seguro coletivo de saúde, inclusive quanto às vantagens obtidas em negociações coletivas de trabalho.)

Diante do exposto, solicito minha manutenção *(e de minha família, se for o caso)* no benefício aludido pelo tempo que a referida Lei me garante.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

C/C *(hospital)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, precisei ser internado e fui surpreendido com a exigência de *(o que foi exigido: cheque-caução ou outro)*.

Ocorre que, com base no Código de Defesa do Consumidor, artigos 39, V, e 51, IV e parágrafo 1º, I e II, esta prática é proibida. Essa prática também contraria o artigo 156 do Novo Código Civil e a Resolução Normativa 44 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Diante do exposto, solicito, com urgência, que seja cancelada a exigência feita.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(inserir a data)*, precisei realizar *(informar o procedimento ou tratamento necessário para a recuperação da saúde)*, quando fui surpreendido com a informação de que precisaria de *(informar a exigência feita pelo plano de saúde; por exemplo “passar” por um médico avaliador da operadora ou que tal procedimento só poderia ser realizado em tal prestador de serviço)*.

Ocorre que, esta exigência é uma prática abusiva e por isso nula, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor (artigo 51, IV, parágrafo 1º, II e III). *(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999, inserir: Também com base na Lei 9656/98, esta atitude é ilegal, pois os mecanismos de regulação não podem prejudicar ou impedir o acesso ao serviço)*

Diante do exposto, solicito, em caráter de urgência, seja desconsiderada a exigência feita, de forma a garantir a prestação dos serviços contratados.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À *(nome da empresa fornecedora do plano de saúde)*

A/C *(endereço ao SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente ou à diretoria da empresa)*

Prezados Senhores,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data da internação hospitalar)*, fui internado no *(nome do hospital)* para realização de *(cirurgia ou procedimento realizado)*. Depois, recebi uma conta do hospital no valor de *(valor em R\$)* referente à *(inserir o que consta na conta, por exemplo: medicamentos, aparelhos, etc)*, tendo em vista que houve recusa por parte dessa empresa em dar cobertura.

Ocorre que, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, especialmente artigos 6o, IV, 39, V e 51, inciso IV e parágrafo 1º, incisos I, II e III, é ilegal não arcar com esses custos que fizeram parte do serviço de internação hospitalar coberto pelo contrato. *(Se o contrato tiver sido firmado a partir de janeiro de 1999, e for o caso, inserir: Além disso, a negativa dessa empresa contraria a Lei 9656/98, artigo 12, II)*

Diante do exposto, solicito, com urgência, seja reconsiderada a posição dessa empresa para que seja garantido o meu direito.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso não seja atendida minha solicitação no prazo de *(prazo razoável para o caso)*, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

Para denunciar interferência no trabalho dos médicos

(Local, data)

À Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
A/C do Diretor Presidente
c/ cópia para Conselho Regional de Medicina *(do Estado de _____)*

Prezado Senhor,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto à *(nome da empresa fornecedora do plano ou seguro-saúde contratada)* a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/ categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, *(descrever o problema que enfrentou)*. De acordo com o médico *(nome do médico que prestou atendimento)*, tal restrição ocorreu, por interferência dessa empresa de plano de saúde.

Ocorre que, tal fato fere meus direitos garantidos pelo Código de Defesa do Consumidor *(se o contrato houver sido firmado a partir de janeiro de 1999, inserir também a Lei 9.656/98)* e também o exercício ético da medicina.

Diante do exposto, considerando que a ANS por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, solicito a instauração de processo administrativo em face da empresa contratada para apurar os fatos ora denunciados.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

(Local, data)

À Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
A/C do Diretor Presidente

Prezado Senhor,

Em *(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)*, contratei junto à *(nome da empresa fornecedora do plano ou seguro-saúde contratada)* a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/ categoria *(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)*.

Em *(data)*, *(descrever o problema que enfrentou)*.

Ocorre que, tal fato fere meus direitos garantidos pelo Código de Defesa do Consumidor *(se o contrato houver sido firmado a partir de janeiro de 1999, inserir também a Lei 9.656/98)*.

Diante do exposto, considerando que a ANS por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, solicito a instauração de processo administrativo em face da empresa contratada para apurar os fatos ora denunciados.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, meios de contato – telefone, endereço, fax, e-mail)

O que é o Idec

O Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor é uma associação de consumidores sem fins lucrativos, fundada em 1987. É uma ONG (organização não-governamental) independente de empresas, governos ou partidos políticos. Sua missão é promover a educação e a conscientização dos consumidores, a defesa dos seus direitos e a ética nas relações de consumo.

O Idec orienta principalmente os seus associados e também os consumidores em geral, para que possam se defender nos casos de abusos e não-cumprimento da lei por fornecedores de produtos e/ou serviços. Quando necessário, a associação os defende judicialmente em ações coletivas.

Para cumprir seus objetivos, o Instituto publica a *Revista do Idec* (que é distribuída aos associados e assinantes), produz livros, tem um site na internet e mantém um serviço de atendimento ao associado por fax, e-mail, carta, telefone e pessoalmente em sua sede.

O Instituto é membro da Consumers International, organização que congrega cerca de 200 associações de consumidores em mais de uma centena de países. No Brasil, é membro do Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor.

São as contribuições anuais dos associados que mantêm o Idec. A entidade conta em seus quadros com cerca de 15 mil associados e está permanentemente aberta à entrada de novos sócios.

É fácil associar-se. Você pode fazê-lo por carta, fax, via internet, telefone ou pessoalmente:

Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

Rua Dr. Costa Júnior, 356, Água Branca

CEP 05002-000, São Paulo, SP

Tel.: (11) 3874-2152, de segunda a sexta, das 9 às 18 h

Fax: (11) 3862-9844 (24 horas)

E-mail: institucional@idec.org.br

Visite nosso site: www.idec.org.br

Seu PLANO DE SAÚDE

Autores

Andrea Lazzarini Salazar

Mário Scheffer

Colaboradores

Daniela Batalha Trettel

Juliana Ferreira

Diagramação

José Humberto de S. Santos

Ilustrações

João Vicente de Mendonça

IDEC - INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Coordenação Executiva

Marilena Lazzarini

Endereço

Rua Doutor Costa Júnior, 356, Água Branca,

CEP 05002-000 - São Paulo - SP

Tel.: (11) 3874-2152

Home page

www.idec.org.br

E-mail

institucional@idec.org.br

Apoio

Esta publicação, uma iniciativa do Idec com o apoio do Fundo de Defesa dos Direitos Difusos, do Ministério da Justiça, é destinada a informar e orientar os cidadãos usuários de planos de saúde sobre seus direitos. A sua distribuição é gratuita. Autorizamos a reprodução, desde que previamente solicitada ao Idec.



Idec - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

Rua Doutor Costa Júnior, 356 - Água Branca

CEP: 05002-000 - São Paulo - SP - Tel: (11) 3874-2152

**Conselho Federal
Gestor do Fundo de
Defesa de Direitos
Difusos**

**Ministério da Justiça
Secretaria de
Direito Econômico**

