

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou no ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado, no ato da contratação, que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, nesse momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente às DLPs declaradas. Como alternativa à CPT, é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.		

REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu, como referência, o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver a participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes, para fins de carência ou CPT, considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência, considerar-se-á, como data de celebração do contrato coletivo, a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Declaramos ter conhecimento que o Bradesco Saúde Top - Coletivo Empresarial (Registro 421545991), com rede referenciada nacional e com acomodação em enfermaria, que corresponde ao plano de referência de que trata a lei nº 9656/98, de que este nos foi oferecido, mas que optamos pela contratação de outro produto.

_____, ____ de _____ de 20____

Carimbo e assinatura do Contratante (com CNPJ)



Bradesco Saúde SPG
TOP - OPCIONAL

ANS - nº 005711

Proposta de Seguro de Despesas de Assistência Médica
e/ou Hospitalar

Sucursal 1	Ramo 876	Cia 571	Nº do processo 17028	Apólice
---------------	-------------	------------	-------------------------	---------

1. Dados do Estipulante

Nome SA CNPJ 83.675.877/0001-00

Ramo de Atividade
ADMINISTRADORA DE ALUGUEIS

Endereço
R Buenos Aires, 15 - Centro

CEP 20070021 Cidade Rio de Janeiro UF RJ Telefone (21) 12121212 Ramal

E-Mail sa@sd.com.br Início do prazo de vigência do seguro -----

2. Forma de Pagamento

Débito
FATURA

3. Características do Seguro

Tipo de Seguro OPCIONAL Coparticipação 20 % Coparticipação em Internação R\$ 200,00 DCC 0 %

Nº de Titulares 1 Nº de Dependentes 22 Nº de Vidas 23

4. Categoria Funcional

Funcionários

5. Coeficiente de reembolso

Padrões de Seguro	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Coeficientes de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Rede Referenciada	Coeficiente de Reembolso de Despesas Hosp
			Paciente não internado		Paciente Internado			
			Honorários	Serviços	Honorários	Serviços		
Nacional	TQN3	Quarto Privativo	3.0	3.0	3.0	3.0	Nacional	1.0

6. Dados do(s) Plano(s)

Faixa Etária

PLANO		TQN3	
CÓDIGO DO PLANO NA ANS		443101034	
ACOMODAÇÃO		Quarto Múltiplo 3	
REDE		Nacional	
REGIÃO		Centro Oeste exceto DF	
Faixa Etária	Porcentagem Variação	Número de Vidas	Valores S/IOF
Até 18 anos	0,00%	00	R\$ 154,82
19 a 23	18,74%	00	R\$ 189,19
24 a 28	30,00%	00	R\$ 234,60
29 a 33	22,00%	23	R\$ 258,06
34 a 38	10,00%	00	R\$ 273,54
39 a 43	5,00%	00	R\$ 317,31
44 a 48	12,62%	00	R\$ 379,32
49 a 53	8,00%	00	R\$ 441,03
54 a 58	39,00%	00	R\$ 524,83
59 a diante	63,17%	00	R\$ 928,96

Taxa de 2ª via do cartão: R\$ 5,00 por cartão.

Taxa de inscrição: R\$ 7,50 por usuário.

Top - OPCIONAL - 3 a 29 VIDAS						
Carências a cumprir (em dias)						
N. Vidas	A	B	C	D	E1	E2
03 a 09	24 Horas	15	90	300	180	180
10 a 20	24 Horas	15	0	300	0	180
21 a 29	0	0	0	300	0	0

Sendo:

- a) 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de urgência e emergência;
- b) 15 (quinze) dias para consultas médicas e exames simples, relacionados nas alíneas “a” até “g” do subitem 3.2.2 da Cláusula de Coberturas, das Condições Gerais;
- c) 90 (noventa) dias para fisioterapia, exceto nos casos de acidente pessoal;
- d) 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, quais sejam:
 - e1) cirurgias em geral e internações clínicas, bem como exames complementares e terapias que necessitem de autorização prévia, conforme disposto na Cláusula Mecanismos de Regulação, das Condições Gerais. Exceção será feita aos procedimentos previstos nas alíneas “c” e “e2”;
 - e2) hemodiálise e diálise peritoneal, radioterapia e quimioterapia, transplantes e implantes de qualquer natureza, cirurgias neoplásicas malignas, cirurgias cardíacas, vasculares e neurológicas (inclusive hérnia de disco intervertebral).

CONDIÇÃO PARTICULAR DE COPARTICIPAÇÃO

A presente condição estabelece a coparticipação para todos os segurados do(s) plano(s) ora contratado(s), conforme opção do estipulante neste momento de contratação e incidirá da seguinte forma:

Coparticipação: Consultas e Exames Simples: 20%

Coparticipação em Internação: Internações Hospitalares, exceto áquela relativa à cobertura psiquiátrica, cujo valor é expresso em percentual, na forma definida em norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e prevista nas Condições Gerais :

Coparticipação em internação: Consultas e Exames Simples: 200.00

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE

O Estipulante propõe à Bradesco Saúde S.A a realização deste Seguro, com base nas declarações anteriores, assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre aqueles que pretende incluir na apólice, empregados e demais vínculos admitidos, bem como sobre os respectivos dependentes, se for o caso. O(s) certificado(s) de seguro será(ão) emitido(s) pela Seguradora para entrega, pelo Estipulante, a cada segurado titular em favor das pessoas referidas nas fichas de inclusão, de conformidade com as Condições Gerais do Contrato de Seguro que propõe realizar, que são de seu pleno conhecimento e com as quais se declara de inteiro acordo, comprometendo-se a comunicar à Seguradora quaisquer ocorrências que impliquem em alteração ou cancelamento do seguro.

O Estipulante declara que a conta corrente informada para débito dos prêmios mensais é de sua titularidade, responsabilizando-se pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o banco indicado a efetuar o débito na respectiva conta corrente. Está ciente de que qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora, e que, se houver insuficiência de fundos para cobrir o valor a ser debitado em conta corrente, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio.

A Empresa está ciente de que a presente proposta será analisada pela Seguradora que poderá, a seu exclusivo critério, aceitar ou declinar o risco do seguro.

O Estipulante declara que esse seguro está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de seu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação, disponibilizada pelo Banco Bradesco S.A, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Tem ciência de que, nos casos em que houver empregados e que estes sejam ou tenham sido contribuintes do prêmio mensal do seguro, deverá:

a) apresentar ao segurado titular, inclusive àquele recém-admitido, valores da tabela de custos por faixa etária, que será atualizada e disponibilizada pela Seguradora. Nos casos de contratação na modalidade de custo médio, este também deverá ser informado ao segurado titular; e

b) oferecer ao segurado titular, no momento de seu desligamento em razão de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, a possibilidade de permanência no seguro, na mesma apólice e plano em que estava incluído na vigência do contrato de trabalho, nos exatos termos das Condições Gerais.

O Estipulante declara ter recebido, previamente à assinatura da presente proposta, lido e entendido o conteúdo do documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, como orientação na correta contratação deste seguro.

Caso a proposta de seguro seja aceita, o Estipulante se compromete a entregar ao segurado titular:

a) Anteriormente à sua inclusão no seguro, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;

b) O documento denominado Guia de Leitura Contratual (GLC) por meio eletrônico, responsabilizando-se a entregá-lo, em forma impressa ou em mídia digital, a critério do segurado titular, aos beneficiários do seguro quando da entrega da carteira de identificação;

c) Sempre que solicitado pelo segurado titular, cópia do contrato firmado.

Os documentos MPS e GLC estão disponíveis no Portal do Estipulante, na página www.bradescosauda.com.br.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A data de início de vigência do seguro coincidirá com a data de quitação do CCB - Crédito Conciliado Bancário.

Consideram-se dependentes: cônjuge ou companheiro (a); filhos solteiros - naturais, adotivos ou enteados - com até 29 (vinte e nove) anos de idade sem rendimentos e filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda.

A inclusão tanto de titulares quanto de dependentes é de livre opção, podendo ocorrer a qualquer tempo durante a vigência da apólice.

Caso a inclusão ocorra após 30 dias da vigência do contrato ou da elegibilidade (admissão, casamento, nascimento ou adoção) serão imputadas carências no limite previsto em contrato, não havendo aplicação da redução de carências eventualmente adotada na implantação da apólice.

Os dependentes deverão estar no mesmo plano do titular.

Em caso de exclusão do segurado não poderá haver reingresso.

Reajuste por Sinistralidade - o índice de correção do prêmio é Y igual a 0,7.

As apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas na data de seu primeiro faturamento serão reavaliadas em conjunto (pool), sendo o percentual de reajuste aplicado na data de aniversário do contrato, independente da quantidade de vidas ativas na apólice nesta data. Essa regra atende às determinações estabelecidas pela Resolução Normativa RN nº 309, de 24/10/2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Proposta válida por 60 (sessenta) dias da data de emissão.

Rio de Janeiro, 24 Abril de 2013.

Assinatura do(a) Corretor(a), carimbo e nº da SUSEP

Carimbo e assinatura do Estipulante

Seu documento foi recebido para análise e teve o seguinte parecer médico: