

PLANOS DE SAÚDE

CONHEÇA SEUS DIREITOS

Nº3

Carência, Urgência e Emergência,
Doenças e Lesões Preexistentes

CARÊNCIA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Informações Indispensáveis ao Consumidor

Ao contratar ou aderir a um plano de saúde, alguns temas merecem particular atenção do consumidor, além da cobertura contratada. Dentre eles, estão as **carências** contratuais, como é prestado o atendimento nos momentos de **urgência e emergência** e a cobertura oferecida nos casos de **doenças e lesões preexistentes**. Todos esses tópicos previstos na legislação de saúde suplementar têm que estar expressos no contrato firmado com a operadora.

Tendo em vista a importância dos temas, a ANS elaborou este guia para orientar o consumidor no momento da contratação e naquelas horas em que deve ser exigido o cumprimento das cláusulas contratuais e da legislação.

Antes de abordar os temas principais, o guia oferece referências sobre a **legislação** e destaca os pontos relativos ao **contrato** que devem ser conhecidos.

Depois, o conteúdo é organizado em três partes. A primeira trata dos prazos de **carência** para as coberturas contratadas, a segunda, dos direitos do consumidor nas situações de **urgência e emergência** e a terceira, da questão das **doenças e lesões preexistentes** à contratação, ressaltando as determinações legais que devem ser observadas por consumidores e operadoras de planos de saúde.

A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde suplementar tem como marcos a Lei 9.656/98, que regulamenta o setor, combinada às Medidas Provisórias que a alteraram (atualmente em vigor a MP 2.177-44), e a Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e regulamentou o seu funcionamento.

Fique Atento

As normas complementares específicas sobre carência, urgência, emergência, doenças e lesões preexistentes estão disponíveis para o consumidor em www.ans.gov.br

O CONTRATO

Para conhecer exatamente o que o plano de saúde estabelece em termos de carência, inclusive para os casos de urgência e emergência e de cobertura de doenças e lesões preexistentes, o consumidor deve ficar atento à época da contratação, aos segmentos de cobertura assistencial e ao tipo de contrato, pois há diferenças a serem observadas, além de considerar a vigência do contrato. Também é muito importante a verificação de cláusulas de cobertura parcial temporária, diferenciando o atendimento para as doenças e lesões preexistentes.

Época da Contratação

Dependendo da época em que seu plano de saúde foi contratado, ele poderá ser considerado “antigo”, “novo” ou “adaptado”, em relação à plena vigência da Lei 9.656/98. Veja as diferenças:

Planos Antigos

São aqueles contratados antes de 2/1/1999. Como são anteriores às regras da Lei 9.656/98, os prazos de carência e as coberturas em situações de urgência e emergência e as regras para doenças ou lesões preexistentes constam no contrato, com as limitações nele expressamente relacionadas.

Planos Novos

São os planos de saúde contratados a partir de 2/1/1999, já comercializados de acordo com as regras da Lei 9.656/98 e que, portanto, devem seguir expressamente as determinações legais para prazos de carência, coberturas em situações de urgência e emergência e regras para doenças ou lesões preexistentes.

Planos Adaptados

São aqueles planos firmados antes de 2/1/1999 e, posteriormente, adaptados às regras da Lei 9.656/98, passando a garantir ao consumidor as mesmas regras dos planos novos.

Fique Atento

Os consumidores que têm um plano antigo podem adaptá-lo à lei. Sua operadora é obrigada a lhe oferecer uma proposta de adaptação, mas você não estará obrigado a aceitá-la, podendo, caso seja mais conveniente, permanecer com o seu plano antigo.

Segmentos de Cobertura Assistencial

As operadoras de planos de saúde oferecem diferentes segmentos de cobertura assistencial, definidos na legislação de saúde suplementar. Observe os segmentos existentes:

Ambulatorial

Engloba os atendimentos em regime ambulatorial, ou seja, sem internação, realizados em consultório ou ambulatório, inclusive exames. Este segmento, portanto, não cobre internação hospitalar.

Hospitalar (sem Obstetrícia)

Compreende os procedimentos realizados durante a internação hospitalar, não tendo cobertura ambulatorial.

Hospitalar com Obstetrícia

Cobre os atendimentos realizados durante internação hospitalar e os procedimentos hospitalares relativos ao pré-natal e à assistência ao parto.

Odontológico

Inclui apenas procedimentos odontológicos realizados em consultório, como exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Plano Referência

É o plano que inclui os segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de enfermaria, e que garante a cobertura integral para urgência e emergência após 24 horas da vigência do contrato.

As operadoras poderão oferecer combinações de diferentes segmentos, como por exemplo: plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetrícia ou o plano com cobertura hospitalar + cobertura odontológica. Caberá ao consumidor escolher a combinação conveniente e que oferecer maiores vantagens.

Tipos de Contratos

Com base no tipo de contratação, um plano de saúde é coletivo ou individual. Os planos de contratos coletivos são destinados a grupos determinados, através de pessoas jurídicas (empresas, associações e sindicatos) e têm algumas regras diferenciadas dos planos de contratos individuais, como por exemplo, o aumento de mensalidade e a rescisão contratual.

Contrato Coletivo Empresarial

É o contrato que oferece cobertura a uma população delimitada e vinculada a determinada pessoa jurídica. A adesão do beneficiário ao plano é automática e obrigatória, podendo haver ou não a opção de inclusão de dependentes.

Contrato Coletivo por Adesão

É o contrato oferecido por pessoa jurídica para um grupo predeterminado de beneficiários. A adesão ao plano é opcional e espontânea, podendo haver, ou não, a opção de inclusão de dependentes.

Contrato Individual ou Familiar

É aquele oferecido para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Caracteriza-se o plano como familiar quando abrange dependentes ou grupo familiar.

Fique Atento

Plano Sucessor - é considerado sucessor o plano contratado pelo mesmo titular com a mesma operadora, que substitui, sem interrupção de tempo, o plano ao qual o consumidor se encontrava vinculado. Também são considerados contratos sucessores aqueles objeto de transferência de carteira entre operadoras.

Vigência do Contrato

O início da vigência do contrato será a partir da data da adesão, ou da assinatura do contrato, ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer em primeiro lugar.

CARÊNCIA

Carência é o período de tempo em que o consumidor, mesmo após a contratação do plano, não tem direito ao atendimento a algumas coberturas. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente expresso, de forma clara, no contrato.

Os prazos máximos de carência estabelecidos na legislação são:

- urgência e emergência - 24 horas;
- parto a termo - 300 dias;
- demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias) - 180 dias.

O parto a termo é aquele realizado a partir da 38ª semana de gravidez. Quando o parto ocorre antes, é considerado prematuro e tratado como um procedimento de urgência. **(Ver “Urgência e Emergência”)**

Fique Atento

Para saber as coberturas mínimas obrigatórias para os planos novos e adaptados, o consumidor deve consultar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

Os períodos de carência são contados a partir do início da vigência do contrato. Após cumpridos os prazos de carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação de saúde suplementar.

Compra de Carência

Em uma nova contratação, o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo consumidor em outra operadora dependerá de negociação entre as partes. Portanto, se for oferecida a “compra de carência”, exija que a redução ou isenção esteja prevista em contrato ou aditivo contratual. Deve-se observar que as “compras” de carência, em geral, não excluem a exigência da cobertura parcial temporária para as doenças e lesões preexistentes.

Recontagem de Carência

É expressamente proibida a recontagem de carência, numa mesma operadora, nos planos individuais/familiares **para os procedimentos que o consumidor já tenha cumprido carência.**

Fique Atento

A exigência irregular de recontagem de carência ocorre mais freqüentemente:

- na adaptação contratual;
- na renovação de contrato (que deve ser automática);
- em razão de atraso de pagamento;
- em planos sucessores.

Exigências de Cumprimento de Carência por Tipo de Contrato

Observe as diferenças para o cumprimento de carência de acordo com cada tipo de contrato:

Contrato individual	É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.			Não é permitida a exigência de cumprimento de carência.
	50 participantes ou mais			É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.
Contrato Coletivo	Empresarial			Menos de 50 participantes
	Por adesão	É permitida a exigência de carência, independentemente do número de participantes, nos prazos máximos estabelecidos pela lei.		

Carência na Inclusão de Dependentes

Nos planos **com cobertura obstétrica** é assegurada a inscrição do filho natural ou adotivo do titular do plano, isento do cumprimento dos períodos de carência e da aplicação de cobertura parcial temporária para as preexistências, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção. Esse direito é assegurado somente após o cumprimento de carência de 300 dias para parto, pelo titular do plano.

Caso o titular ainda esteja em carência para parto, o direito de inscrição e de assistência ao recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

É assegurada, também, independentemente do tipo de plano (ambulatorial, hospitalar ou hospitalar com obstetrícia), a inscrição do filho adotivo menor de 12 anos como dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

Entende-se, também, por "filho adotivo" a criança ou adolescente colocado sob a responsabilidade de usuário de plano privado de assistência à saúde, em regime de guarda provisória, em virtude das disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O contrato poderá prever outras formas de inclusão de dependentes, desde que não contrarie a lei.

Fique Atento

Para as doenças ou lesões preexistentes à contratação de seu plano de saúde, ver as regras específicas em "Doenças e Lesões Preexistentes".

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A legislação de saúde suplementar determina que é obrigatório o atendimento nos casos de urgência e emergência, a partir de 24 horas da vigência do contrato, devendo ser observadas as regras de cobertura para cada tipo de plano contratado.

Urgência

São os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional:

Acidentes Pessoais - eventos ocorridos em data específica provocados por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

Complicações no Processo Gestacional - alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, prenhez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

Emergência

São os casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados pelo médico assistente.

Assistência

A assistência médica para urgência e emergência deve reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura do plano contratado. Observe, a seguir, como se dá a assistência de acordo com cada segmento de plano.

Plano Ambulatorial

Para os consumidores com Plano Ambulatorial, a cobertura para urgência e emergência é garantida exclusivamente para os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial.

Caso ainda esteja cumprindo carências, mas após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor terá assistência ambulatorial limitada às primeiras 12 horas, desde que o quadro não evolua para internação ou que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Após esse período, caberá à operadora o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nessa unidade. A remoção tem que ser realizada por ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida e somente pode ser autorizada pelo médico assistente.

Caso o consumidor opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de sua responsabilidade.

Quando não puder ocorrer a remoção por risco de vida, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus.

Plano Hospitalar (sem Obstetrícia)

Os consumidores com Plano Hospitalar (sem Obstetrícia) têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência.

Exceto para as urgências decorrentes de complicações no processo gestacional, situação em que terá assegurado o atendimento ambulatorial por até 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Para os casos de urgência **decorrentes de acidente pessoal**, mesmo em período de carência, mas decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com Plano Hospitalar (sem Obstetrícia) terá assistência integral, sem restrições.

Para os casos de emergência, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, ele estará submetido às mesmas regras do plano ambulatorial, ou seja, garantia de atendimento em ambiente

ambulatorial por 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Plano Hospitalar com Obstetrícia

Os consumidores com Plano Hospitalar com Obstetrícia têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência.

Para os casos de urgência, mesmo em período de carência, mas decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com Plano Hospitalar com Obstetrícia terá assistência integral, sem restrições.

Para as urgências resultantes de complicações no processo gestacional e para as emergências, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, ele estará submetido às mesmas regras do Plano Ambulatorial, ou seja, garantia de atendimento em ambiente ambulatorial por 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Plano Odontológico

A assistência às urgências e emergências odontológicas está garantida para os usuários de Plano Odontológico, após 24 horas do início da vigência do contrato.

A legislação determina quais são os procedimentos odontológicos de urgência e emergência, entre elas hemorragia bucal, drenagens de abscessos, curativos em caso de dor, imobilização dentária, recimentação de prótese, tratamento de alveolite e colagem de fragmentos dentários.

Plano Referência

Após as 24 horas do início da vigência do contrato, será garantida a cobertura integral (ambulatorial e hospitalar) para urgência e emergência aos beneficiários de Plano Referência, sem qualquer tipo de limitação, a não ser para os casos de doenças ou lesões preexistentes. **(Ver em “Doenças e Lesões Preexistentes”)**

Atendimentos na Urgência e Emergência

Atendimento de Emergências em Psiquiatria

É obrigatório o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, e ainda, as situações que provoquem risco de danos morais e patrimoniais importantes.

O atendimento de emergência em psiquiatria está submetido às mesmas regras dos demais casos de emergência, de acordo com o segmento de cobertura do plano contratado.

Atendimento de emergência decorrente de doença ou lesão preexistente quando em cobertura parcial temporária

Se a emergência for decorrente de doença ou lesão preexistente, quando em cumprimento de cobertura parcial temporária (**ver “Doenças e Lesões Preexistentes”**), a cobertura será limitada às primeiras 12 horas em ambulatório, ou em prazo inferior, se o quadro evoluir para internação.

Atendimento de urgência e emergência fora da área de abrangência geográfica prevista em contrato

A operadora não será responsável pela cobertura de urgência e emergência e nem pelo reembolso dessas despesas, quando o atendimento se der fora da área de abrangência geográfica prevista em contrato.

Atendimento com remoção do paciente nos casos de urgência e emergência por falta de recursos na unidade de saúde

A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo hospital para a continuidade do atendimento ao consumidor.

Reembolso de Despesas de Urgência e Emergência

É garantido o reembolso de despesas efetuadas pelo consumidor em casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços oferecidos pela operadora, nos limites das obrigações contratuais. O reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada. O valor a ser reembolsado ao consumidor deverá ser, no mínimo, aquele que a operadora pagaria para a rede credenciada se esta fosse utilizada.

Autorização Prévia para Atendimento de Urgência e Emergência

É vedado utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência.

Coberturas para Urgência e
Emergência após 24 horas da
Assinatura do Contrato

QUADRO RESUMO

	Urgência	Emergência
Plano Ambulatorial	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.
Plano Hospitalar (SEM Obstetrícia) e carência para internação já cumprida	Acidentes Pessoais: Atendimento integral Complicações no Processo Gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.	Atendimento integral.
Plano Hospitalar (SEM Obstetrícia) e COM carência para internação a cumprir	Acidentes Pessoais: Atendimento integral Complicações no Processo Gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.
Plano Hospitalar COM Obstetrícia e carência para internação já cumprida	Acidentes Pessoais: Atendimento integral Complicações no Processo Gestacional: Atendimento integral.	Atendimento integral.
Plano Hospitalar COM Obstetrícia e COM carência para internação a cumprir	Acidentes Pessoais: Atendimento integral Complicações no processo Gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório.
Plano Odontológico	Atendimento integral às situações classificadas como situações de urgência/emergência, indistintamente.	
Plano Referência	Acidentes Pessoais: Atendimento integral Complicações no Processo Gestacional: Atendimento integral.	Atendimento integral.

Cheque-Caução

É proibida a exigência de caução por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de assistência à saúde.

Vale lembrar que é crime de omissão de socorro deixar de prestar assistência à pessoa ferida ou em grave e iminente perigo (art. 135 do Código Penal).

Dessa forma, o prestador que condicionar o atendimento em casos de emergência ou urgência ao recebimento de caução (seja sob a forma de depósito de qualquer natureza, nota promissória, cheque ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço), poderá ser responsabilizado criminalmente pelo seu ato.

As denúncias encaminhadas à ANS serão remetidas ao Ministério Público Federal para apuração.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável **saiba** ser portador ou sofredor, à época da contratação do plano de saúde.

No momento da contratação, quando solicitado, o consumidor deve informar à operadora sobre as doenças e lesões de seu conhecimento, para que lhe possam ser oferecidas opções de acordo com as regras legais.

É importante ressaltar que a omissão de informações pode levar ao cancelamento do contrato por parte da operadora.

Declaração de Saúde

Para saber se o consumidor é portador de doenças ou lesões preexistentes, a operadora poderá exigir, no momento da contratação, o preenchimento de uma declaração de saúde. Esta consiste em um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões que o consumidor seja portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

Em 13/4/2003, a ANS definiu critérios específicos para a declaração de saúde. A declaração preenchida a partir dessa data deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões das quais o consumidor saiba ser portador no momento

da contratação, não sendo permitidas perguntas sobre sintomas ou uso de medicamentos.

Além disso, o formulário da declaração de saúde deve ser redigido em linguagem simples, sem o uso de termos técnicos ou científicos pouco conhecidos.

O consumidor, se desejar, poderá ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou poderá optar por um profissional de sua livre escolha, arcando com os custos.

Não deve ser aceito pelo consumidor que o vendedor/corretor preencha a declaração de saúde de modo diverso do que lhe foi relatado ou com dados inverídicos.

Perícia

Perícia é qualquer procedimento investigativo realizado por profissional da área médico-odontológica, com o intuito de constatar o estado físico e mental do consumidor.

A operadora poderá efetuar perícia ou qualquer tipo de exame no consumidor para constatar a existência ou não de doenças e lesões preexistentes. Porém, após a realização da perícia ou qualquer tipo de exame, fica proibida a alegação posterior de doença preexistente.

Fraude no Preenchimento da Declaração de Saúde

No ato da contratação, o consumidor fica obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado por meio da declaração de saúde, as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador. A omissão da informação é considerada fraude e poderá acarretar a suspensão ou rescisão do contrato.

Se for alegada fraude no preenchimento da declaração de saúde e o consumidor, ao ser comunicado, não concordar com isso, a operadora deverá encaminhar à ANS um pedido para julgamento administrativo da procedência da alegação. Enquanto não houver o resultado do julgamento, a operadora não poderá suspender a assistência ao consumidor e nem rescindir o contrato.

Caberá à operadora provar à ANS que o consumidor sabia ser portador da doença ou lesão preexistente no momento da contratação.

Se a fraude for reconhecida pela ANS, os gastos efetuados com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela operadora, serão de responsabilidade do consumidor.

As opções para o Consumidor com Doenças ou Lesões Preexistentes

Constatada a doença ou lesão preexistente, a operadora é obrigada a oferecer as seguintes opções, no momento da contratação:

Agravo

É um acréscimo no valor da mensalidade do plano de saúde do portador de DLP. Esse acréscimo será proporcional à cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente. Para os consumidores que tenham feito a opção de agravo, sua cobertura médica será irrestrita, nos termos da legislação, após cumpridos os prazos de carência.

Cobertura Parcial Temporária

Caracteriza-se por um período de até 24 meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral. Neste período, pode haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados diretamente às doenças ou lesões preexistentes. Os demais procedimentos para as doenças ou lesões preexistentes (consultas e diversos exames) serão cobertos pela operadora, de acordo com o tipo de plano contratado, após o cumprimento dos prazos de carência. Após os 24 meses, será integral a cobertura prevista na legislação e no contrato.

Fique Atento

Nos contratos celebrados a partir de 8/5/2001, quando constatada doença ou lesão preexistente e houver opção pela cobertura parcial temporária, deverão constar no contrato ou em aditivo contratual, de forma clara, os procedimentos de alta complexidade que estarão suspensos por até 24 meses.

Crianças Nascidas de Partos Cobertos pela Operadora

Às crianças nascidas de parto coberto pela operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

Contratos Coletivos

Há regras específicas para os participantes de planos coletivos, no que diz respeito às doenças e lesões preexistentes. Observe:

Contrato Coletivo Empresarial ou por Adesão	50 participantes ou mais	Não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças e lesões preexistentes.
	Menos de 50 participantes	Poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças e lesões preexistentes.

A ANS E O EQUILÍBRIO DO SETOR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro e atuação em todo o território nacional.

A ANS foi constituída com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país.



Estas informações estão baseadas na Lei 9.656/98, com as alterações promovidas pela Medida Provisória (atualmente, a MP 2.177-44), e na regulamentação normativa editada até abril de 2003, estando sujeitas a futuras alterações.

SÉRIE ANS

- 1 – Guia “ PLANOS DE SAÚDE - CONHEÇA SEUS DIREITOS” - Cobertura Assistencial
- 2 – Guia “ PLANOS DE SAÚDE - CONHEÇA SEUS DIREITOS” - Reajuste de Mensalidade
- 3 – Guia “ PLANOS DE SAÚDE - CONHEÇA SEUS DIREITOS” - Carência, Urgência e Emergência, Doenças e Lesões Preexistentes

PUBLICAÇÃO

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Avenida Augusto Severo, 84

Glória – CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

www.ans.gov.br

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Diretoria de Fiscalização – Difis

COMO FALAR COM A ANS

TELEFONE:

Ligação gratuita através do **Disque-ANS** 0800-701-9656, de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, entre 08 e 18 horas (horário de Brasília).

INTERNET:

Em www.ans.gov.br há uma área específica com formulários para envio de dúvidas, sugestões ou reclamações, o "Fale Conosco".

CORREIO:

Endereçar à Central de Atendimento ao Consumidor da ANS, situada à Rua Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro, RJ 20.021-040.