

Carência

Doenças e Lesões
Preexistentes

Urgência e Emergência

Prazos de carência

Cheque-caução

Preenchimento da declaração de saúde

SÉRIE
PLANOS DE SAÚDE
CONHEÇA SEUS DIREITOS



Carência
Doenças e Lesões Preexistentes
Urgência e Emergência

SÉRIE
PLANOS DE SAÚDE
CONHEÇA SEUS DIREITOS

2005

SUMÁRIO

Introdução	6
------------------	---

LEGISLAÇÃO E CONTRATOS

Legislação de saúde suplementar	7
O contrato	8
Época da contratação	8
Segmentos de cobertura assistencial	9
Tipos de contrato	11
Vigência do contrato	11

CARÊNCIA

Compra de carência	12
Recontagem de carência	13
Exigências de cumprimento por tipo de contrato... ..	14
Carência na inclusão de dependentes	15

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Declaração de saúde	16
Fraude no preenchimento da declaração	17
Perícia	18
As opções para o consumidor	18
Regras para contratos coletivos	20

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Urgência	22
Emergência	22
Atendimentos	23
Coberturas após 24h da assinatura do contrato	26
Reembolso de despesas	29
Autorização prévia para atendimento	29
Cheque-caução	29

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)

Carência, doenças e lesões preexistentes, urgência e emergência : prazos de carência, cheque-caução, preenchimento da declaração de saúde. – 3. ed. rev. ; ampl. – Rio de Janeiro : ANS, 2005.

29 p. – (Planos de saúde: conheça seus direitos)

1. Política de saúde – consumidor. 2. Seguro saúde – consumidor.

I. Título. II. Série

INTRODUÇÃO

Informações indispensáveis ao consumidor

Ao contratar ou aderir a um plano de saúde, alguns temas merecem particular atenção do consumidor. Dentre eles, estão os prazos de carência, os procedimentos cobertos nos casos 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 para aquelas 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.

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

A LEGISLAÇÃO E CONTRATOS

Legislação de saúde suplementar

A saúde suplementar tem como marco a Lei 9.656/98, que regulamenta o setor, combinada às Medidas Provisórias que a alteraram (atualmente em vigor a MP 2.177-44).

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.

O Contrato

Para conhecer exatamente a cobertura que o seu plano de saúde proporciona, você deve:

- ficar atento à época da contratação;
- aos segmentos de cobertura assistencial;
- ao tipo de contrato e
- considerar a vigência do contrato.

É muito importante a verificação de cláusulas de carência, inclusive para urgência e emergência, e cobertura parcial temporária, que diferencia 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”. Veja as diferenças:

Planos antigos

São aqueles contratos assinados antes da Lei 9.656/98, ou seja, antes de 2/1/99. Os prazos de carência, as coberturas em situações de urgência e emergência e as regras para doenças ou lesões preexistentes devem observar as disposições contratuais, inclusive suas limitações.

Os planos contratados antes de 2/1/99, mas que foram adaptados às regras da legislação, são considerados Planos Adaptados, como indicado na página ao lado.

Planos novos

São aqueles comercializados a partir de 2/1/99, portanto, estão de acordo com as regras da Lei 9.656/98. Os prazos de carência, coberturas em situações de urgência e emergência e regras para doenças ou lesões preexistentes seguem

os termos do contrato observando expressamente as determinações da lei.

Os planos contratados antes de 2/1/99, mas que foram adaptados às regras da legislação, são considerados planos adaptados, como indicado a seguir.

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

O consumidor de plano individual/familiar firmado antes de 2/1/99 pode solicitar à operadora uma proposta de adaptação de contrato. Nesse caso, a operadora é obrigada a oferecê-la. O consumidor pode optar por aceitar a proposta ou permanecer no plano antigo.

Segmentos de cobertura assistencial

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

Ambulatorial

Engloba os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, incluindo exames. Este segmento não cobre internação hospitalar.

Hospitalar sem obstetrícia

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

Hospitalar com obstetrícia

Inclui os atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os procedimentos obstétricos, como pré-natal e parto.

Odontológico

Engloba os procedimentos odontológicos realizados em consultório. Inclui exames clínicos, radiologia, prevenção, dentística (restaurações), endodontia (tratamento de canal), periodontia (tratamentos de gengiva) e cirurgia.

Plano Referência

É o tipo de plano que garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro, com padrão de acomodação em enfermaria. É obrigatório para operadoras oferecerem o plano referência.

As operadoras poderão oferecer combinações diferentes, como: plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetrícia ou o plano com cobertura hospitalar + cobertura odontológica. Cabe ao consumidor escolher o produto que oferecer mais vantagens.

Fique atento

O Plano referência garante ao consumidor cobertura integral para urgência e emergência após 24 horas da vigência do contrato.

Tipos de contratos

Os contratos de plano de saúde podem ser individual/familiar ou coletivo. Conheça as características de cada tipo de contrato.

Contrato individual ou familiar

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

Contrato Coletivo

Os contratos coletivos são firmados por pessoas jurídicas com as operadoras e destinados a grupos determinados de pessoas. Poderá prever ou não a inclusão de dependentes. Além disso, têm algumas regras diferenciadas dos contratos individuais/familiares, como por exemplo, a forma de aumento de mensalidade e de rescisão contratual. Há dois tipos de contratos coletivos:

Contrato Coletivo Empresarial

É aquele em que a adesão do beneficiário ao plano é automática e obrigatória.

Contrato Coletivo por Adesão

É aquele em que a adesão ao plano é opcional e espontânea.

Vigência do Contrato

O início da vigência do contrato será a partir da data da assinatura da proposta de 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 em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente expresso, de forma clara, no contrato.

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

Os prazos máximos de carência estabelecidos na Lei 9.656/98 são:

- ▶ urgência e emergência - 24 horas;
- ▶ parto a partir da 38ª semana de gravidez - 300 dias;
- ▶ demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias) - 180 dias.

Obs.: Quando o parto ocorre antes é tratado como um procedimento de urgência.

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 nos planos individuais/familiares, numa mesma operadora, para os procedimentos que o consumidor já tenha cumprido carência.

A exigência irregular de recontagem de carência ocorre mais freqüentemente:

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

Fique atento

Plano Sucessor é aquele contratado pelo mesmo titular com a mesma operadora, que substitui, sem interrupção de tempo, o plano ao qual o consumidor estava vinculado. Também são considerados sucessores os contratos relacionados à transferência de carteira entre operadoras.

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.	
Contrato coletivo	
Empresarial	
50 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência
Menos de 50 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei
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, 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 sem obstetrícia 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 do titular do 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.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

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, e das quais tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

Atenção:

A declaração deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões das quais o consumidor saiba ser portador no momento da contratação. Não são 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 foi relatado ou com dados inverídicos.

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.

Perícia

Perícia é qualquer procedimento investigativo realizado por profissional das áreas médica ou 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.

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 doença ou lesão preexistente. 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 o consumidor não terá cobertura para aquelas doenças e lesões preexistentes declaradas. 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.

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

Regras para 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 nos casos de doenças e lesões preexistentes.

Fique atento

Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente às crianças nascidas de parto coberto pela operadora, 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.

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.

Urgência

São os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gestação:

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 na gestação - alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, 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.

Atendimentos na urgência e emergência por tipo de plano

A assistência médica para urgência e emergência por tipo de plano deve garantir a atenção e atuar no sentido da preservação da vida, órgãos e funções. O atendimento varia 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 morte, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus.

Plano hospitalar sem obstetrícia

Para as urgências decorrentes de complicações na gravidez (procedimento não coberto por esta segmentação de plano), o consumidor 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 com obstetrícia.

Para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, após 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, há 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.

Os consumidores com plano hospitalar sem obstetrícia têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência de 180 dias.

Plano hospitalar com obstetrícia

Para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, após 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 na gravidez e para as emergências, quando o consumidor ainda está cumprindo prazos de carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, está garantido o 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.

Os consumidores com plano hospitalar com obstetrícia têm assegurada a assistência integral nos casos de urgência e emergência, após cumpridos os prazos de carência de 180 dias.

Plano odontológico

A assistência às urgências e emergências odontológicas está garantida para os consumidores 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 consumidores de plano referência, sem qualquer tipo de limitação, a não ser para os casos de doenças ou lesões preexistentes.

Coberturas para urgência e emergência após 24 horas da assinatura do contrato

Urgência	Emergência
Plano ambulatorial	
Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar sem obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral Complicações no processo gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral Carência a cumprir (após 24 horas): Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar com obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral Complicações no processo gestacional, com carência cumprida (180 dias): atendimento integral Complicações no processo gestacional, com carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral Carência a cumprir (após 24 horas): Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano odontológico	
Atendimento integral às situações classificadas como de urgência	Atendimento integral às situações classificadas como de emergência
Plano referência	
Atendimento integral	Atendimento integral

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

Nos planos hospitalares e referência, o atendimento de urgência/emergência, quando decorrente de doença ou lesão preexistente, ainda em cumprimento de cobertura parcial temporária, será limitado 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.

Remoção do paciente por falta de recursos na unidade de saúde nos casos de urgência e emergência

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 nos atendimentos de urgência e emergência

A operadora não poderá utilizar nenhum mecanismo, como, por exemplo, autorização prévia, que impeça ou dificulte o atendimento em situações de urgência ou emergência.

Cheque-caução

É proibida a exigência de cheque-caução ou equivalente dos consumidores de planos de saúde, por parte dos prestadores de serviços credenciados, cooperados ou referenciados às operadoras.

O prestador que condicionar o atendimento ao recebimento de cheque-caução poderá ser responsabilizado criminalmente pelo seu ato, e as denúncias recebidas pela ANS serão encaminhadas ao Ministério Público.

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, Doenças e Lesões Preexistentes, Urgência e Emergência

PUBLICAÇÃO

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Avenida Augusto Severo, 84
Glória – CEP 20021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
www.ans.gov.br

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

COMO FALAR COM A ANS

Telefone

Ligação gratuita pelo Disque-ANS 0800-701-9656, de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, entre 8 e 18 horas (horário de Brasília).

Internet

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

Correio

Endereço à Central de Atendimento ao Consumidor da ANS, situada à Rua Augusto Severo, 84 – Glória - Rio de Janeiro, RJ 20021-040.