GUIA FÁCIL DO USUÁRIO DE PLANOS DE SAÚDE

Saiba como exercer seu direito



ELTON FERNANDES

ADVOCACIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE



SOBRE O AUTOR

Elton Fernandes, inscrito na OAB/SP 258.692, é advogado especialista em plano de saúde, SUS e erro médico com mais de 6.000 processos em todo o país.

Além de advogado, Elton Fernandes também é professor de Direito e leciona regularmente no curso de pós-graduação em Direito Médico e Hospitalar da Escola Paulista de Direito (EPD) em São Paulo, no curso de pós-graduação do Instituto Luiz Mário Moutinho (ILMM) em Recife, entre outros.

ELTON FERNANDES
ADVOCACIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE

SUMÁRIO

PÁGINA 06

- Introdução

PÁGINA 07

- Quais são as leis que cuidam dos direitos dos consumidores junto aos planos de saúde?

PÁGINA 08

- A quem compete fiscalizar os planos de saúde e regulamentar o setor?
- É verdade que se não estiver no Rol da ANS o plano de saúde não é obrigado a pagar?

PÁGINA 09

- O que é segmentação de cobertura no plano de saúde?

PÁGINA 10

- Qual a desvantagem em contratar um plano coletivo por adesão?
- Qual a desvantagem em contratar um plano coletivo empresarial?

PÁGINA 11

- Falso plano coletivo empresarial
- Doença preexistente

PÁGINA 12

- Existe plano de saúde sem carência? Quais são as carências máximas?
- Descredenciamento

PÁGINA 13

- Reajuste por faixa etária
- Reajuste anual

PÁGINA 14

- Aposentados podem continuar no plano de saúde?
- Quem foi demitido pode permanecer no plano de saúde?

PÁGINA 15

- Os planos de saúde podem cancelar o contrato de forma unilateral?
- Atendimento negado por atraso no pagamento
- Portabilidade no plano de saúde

PÁGINA 16

- Fui internado e meu plano não quer cobrir a conta, o que faço?
- O plano de saúde deve custear medicamento "off label?
- O plano de saúde deve custear exames genéticos?
- O plano de saúde deve custear remédio de uso domiciliar?

PÁGINA 17

- É verdade que o plano de saúde só paga quimioterapia prevista no Rol da ANS?
- Planos de saúde devem custear Canabidiol?

PÁGINA 18

- Medicamentos imunobiológicos para doenças autoimunes, por exemplo, devem ser cobertos pelos de saúde?

PÁGINA 19

- Quais outros medicamentos o plano de saúde deve pagar?
- Podem me recusar no plano de saúde por eu já ser idoso ou ter doença preexistente?

PÁGINA 20

- Grávida pode contratar plano de saúde? Qual a vantagem?
- Tenho um plano de saúde que não cobre prótese, órtese, marca-passo ou material cirúrgico. Isso é legal?
- Procedimentos mais modernos por via robótica, por exemplo, têm cobertura obrigatória pelo plano de saúde?

PÁGINA 21

- Quem tem direito a home care pelo plano de saúde?

PÁGINA 22

- Quais são os prazos que o plano de saúde possui para autorizar consultas, exames e cirurgias?
- Se meu plano de saúde for empresarial, a empresa onde trabalho participará da ação?

PÁGINA 23

- Preciso de um medicamento importado. Posso exigir do meu plano de saúde?
- Plano de saúde cobre Fertilização in Vitro?

PÁGINA 24

- É possível realizar cirurgia plástica pelo plano de saúde?
- Meu plano de saúde não quer entregar a recusa do procedimento por escrito. O que faço?

PÁGINA 25

- Posso sofrer alguma retaliação do plano de saúde por processá-lo?

PÁGINA 26

- Mover uma ação na Justiça contra meu plano de saúde não irá demorar muito?

PÁGINA 28

- 7 dicas para contratar um plano de saúde

Ao leitor:

Este Guia Fácil do Usuário de Planos de Saúde nasce com o objetivo de popularizar conhecimento e ofertar aos consumidores respostas que constantemente ofereço nos atendimentos que realizo no meu cotidiano de advogado.

Junto à minha equipe vi a área do Direito da Saúde nascer, crescer e se desenvolver. Trata-se de área tão nova quanto complexa, com extensa regulação, cheia de detalhes e que muitas vezes se baseia em regras editadas pela ANS que nem sempre são tão claras e quase sempre afrontam alguma lei.

É motivo de orgulho ver que esta nova área do Direito, antes tão embrionária, hoje já conta com cursos de pós-graduação, sendo que, em alguns deles, tenho lecionado não apenas para advogados, mas também para médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e assistentes sociais, por exemplo.

Nestes mais de 15 anos de atuação, com dedicação quase exclusiva à área, foram elaborados por nós mais de 6.000 processos judiciais em todo Brasil, de forma que me sinto motivado a compartilhar com o público um pouco da minha experiência.

O objetivo deste trabalho é fomentar conhecimento, orientar consumidores e permitir que cada pessoa, consciente do que a lei dispõe, possa fazer valer seu direito.

Boa leitura!

Elton Fernandes
Advogado especialista em Direito da Saúde

Introdução

Diz a Constituição Federal de 1988 que **a saúde é direito de todos e dever do Estado**. Para regulamentar como tal direito será exercido, foram estabelecidas regras como a lei 8.080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, desde sua descoberta, o Brasil vive um problema macroeconômico que engloba recursos escassos e necessidades ilimitadas. Por essa razão, **nem sempre o SUS consegue atender de forma adequada a todos**, fazendo com que parte expressiva da população nutra o desejo de ter um plano de saúde privado.

Porém, foi-se o tempo em que ter um plano de saúde significava garantia de atendimento seguro às necessidades dos consumidores e cumprimento de todos os direitos dos pacientes que dependem da saúde suplementar no país.

Isto porque, como sabemos, há problemas de toda sorte que obrigam usuários de planos de saúde a registrar reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor. Entre tais problemas, os mais comuns são:

- reajustes abusivos;
- demora no agendamento de consultas e exames;
- exclusão de coberturas, procedimentos, exames e internações;
- ausência de cobertura de medicamentos essenciais ao controle de doenças;
- exclusões de procedimentos cirúrgicos e tratamentos imprescindíveis por métodos mais modernos.

Se você possui um plano de saúde ou está pensando em contratar o serviço, continue a leitura e saiba mais sobre seus direitos como paciente e consumidor!

Quais são as leis que cuidam dos direitos dos consumidores junto aos planos de saúde?

O Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos planos de saúde, excluindo de sua aplicação apenas as empresas que operam contratos de autogestão (Cassi, Cabesp, AMS Petrobrás etc.). Embora seja uma regra importante, desde 1998 o Brasil criou a lei 9656/98, que passou a regulamentar os planos e seguros de saúde, qualquer que seja a modalidade de contratação. Também são aplicáveis a todos os contratos as regras previstas no Código Civil.

A chegada da lei 9656/98, a Lei dos Planos de Saúde, se deu em meio ao contexto de severos abusos cometidos pelos planos de saúde e intensa judicialização, não muito diferente do que ainda se vê hoje. Com a chegada da lei específica para os planos de saúde, foram pacificados como pilares dessa legislação os seguintes direitos:

(i) proibição de limitação na quantidade de consultas, exames ou tempo de internação hospitalar, ainda que em UTI;

(ii) cobertura de próteses, órteses e materiais ligados a procedimentos cirúrgicos;

(iii) determinação de que todas as doenças existentes possuem cobertura obrigatória pelos planos de saúde;

(iv) limitação do tempo de carência para doença preexistente em no máximo 24 meses;

(v) obrigação do plano de saúde notificar o consumidor pessoalmente por atraso no pagamento antes do cancelamento do contrato;

(vi) impossibilidade de restringir o ingresso do consumidor no plano de saúde por ser portador de doença, deficiência ou idade avançada, por exemplo;

(vii) cobertura de procedimentos de urgência e emergência após 24 horas da data de contratação do plano de saúde;

(viii) inscrição de recém-nascidos nos 30 primeiros dias de vida, sem carência;

(ix) inclusão de filho adotivo menor que 12 anos, também se beneficiando de todas as carências já cumpridas pelo titular;

(x) direito a ter a cirurgia integralmente custeada pelo plano de saúde com honorários médicos, anestesista, enfermagem, materiais cirúrgicos e até acompanhante, se menor de 18 anos ou maior de 60 anos;

(xi) impossibilidade de rescindir o contrato dos beneficiários, salvo por fraude ou inadimplência maior que 60 dias;

(xii) impossibilidade de descredenciar hospitais sem substituir por outro equivalente e, ainda, somente após aprovação da ANS;

(xiii) dever de que haja em todos os contratos clareza sobre faixa etária, franquia ou coparticipação, por exemplo.

A quem compete fiscalizar os planos de saúde e regulamentar o setor?

Esse papel compete a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Há muitas críticas sobre a forma como a ANS atua, especialmente no que tange o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e, além disso, os altíssimos reajustes aplicados aos planos e seguros de saúde.

O consumidor sempre poderá formular reclamações à ANS quando entender ter sido vítima de práticas ilegais e abusivas cometidas pelos planos de saúde. A denúncia pode ser feita pelo telefone **0800 701 9656** ou pelo site da ANS:

http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/acompanhamento-de-solicitacoes

"Ainda que a ANS diga que o consumidor não tem direito, compensa sempre consultar um advogado especialista, pois há muitos direitos que a ANS entende que o consumidor não possui e que a Justiça tende a validar", explica o advogado Elton Fernandes, especialista em planos de saúde.

Sendo assim, o consumidor não deve simplesmente tomar a posição da ANS como verdadeira e aceitar passivamente que os planos de saúde se recusem a cumprir com suas obrigações como prestadores de serviços.

É verdade que se não estiver no Rol da ANS o plano de saúde não é obrigado a pagar?

Não, não é verdade. O Rol de Procedimentos da ANS é apenas o **mínimo que um plano de saúde deve custear** e isso não deve ser confundido com "tudo o que um plano de saúde deve custear".

Embora não seja mais um entendimento pacífico e importe muito o contexto e as particularidades do caso, o fato de não estar no Rol não significa que o paciente não tenha direito ao tratamento, exame ou medicamento que foi prescrito. Mas, pode significar que o consumidor precisará recorrer ao Poder Judiciário, com o auxílio de um advogado que tenha amplo conhecimento no tema, a fim de compreender suas possibilidades.



O que é segmentação de cobertura no plano de saúde?

A cobertura do plano de saúde pode ser integral ou segmentada. Na integral, o plano de saúde deve cobrir todas as segmentações (ambulatorial, hospitalar e obstetrícia). Já nas segmentações é possível que o plano ofereça apenas algumas coberturas. Acompanhe quais coberturas são ofertadas por cada segmentação!

Ambulatorial: neste contrato você não terá direito à internação, ressalvado o atendimento de urgência nas primeiras 12 horas. Este contrato cobre consultas e exames, mas não dá direito à internação hospitalar: sendo preciso ser internado, o paciente terá que pagar particular ou pedir para ser removido ao SUS. Há cobertura de medicamentos para câncer neste tipo de apólice.

Hospitalar: não há cobertura para consultas e exames, ao contrário do anterior, mas neste caso a internação deve ser coberta de forma integral. Após o consumidor ter mais de 24 horas no plano de saúde, mesmo no período de carência, se houver uma emergência que necessite de atendimento em hospital o serviço deverá ser coberto integralmente. Não pode haver limitação de tempo de internação!

Obstetrícia: inclui a possibilidade de ter parto coberto pelo plano de saúde após 10 meses de carência, contado do dia em que ingressou no plano de saúde, bem como possibilita a inclusão do recém-nascido no contrato nos 30 primeiros dias de vida sem qualquer carência.

Referência: este contrato possui todas as coberturas listadas anteriormente (ambulatorial, hospitalar e obstetrícia).



Qual a desvantagem em contratar um plano coletivo por adesão?

Embora muito comum no mercado, é preciso ter cuidados especiais com os planos coletivos por adesão, em especial com o fato de que os reajustes costumam beirar a casa dos 20% ao ano e, ainda, o fato de que se o titular falecer o plano de saúde não aceita que os dependentes continuem no contrato caso não sejam vinculados à mesma entidade de classe (OAB, CRM, CREA etc.).

Esse tipo de exclusão dos dependentes pode ser revista na Justiça por um advogado especialista em plano de saúde. Cuidado ao contratar este tipo de produto pensando apenas no hoje, pois ele poderá sair caro amanhã.



Qual a desvantagem em contratar um plano coletivo empresarial?

Os planos coletivos empresariais sofrem, basicamente, do mesmo problema que os planos coletivos por adesão. O reajuste é levemente inferior àqueles, beirando a casa dos 17% ao ano, em média, para contratos de empresas com até 30 vidas.

Também em caso de falecimento do titular os planos dificultam muito que os dependentes continuem no contrato. Quase sempre será necessário que os dependentes entrem com ação na Justiça.

Os índices de reajuste da ANS são aplicáveis aos planos coletivos por adesão e empresariais?

Não, não são, mas isso não significa que os reajustes praticados pelas operadoras serão sempre válidos. Com ajuda de um advogado especialista em plano de saúde é possível ingressar com ação e rever os percentuais de aumento que foram praticados.

Por que o plano de saúde individual deixou de ser ofertado pelas grandes empresas?

Ao deixar de ofertar os planos individuais e familiares as empresas forçaram a adesão dos consumidores aos planos coletivos ou a contratação do plano de saúde através de uma MEI montada, muitas vezes, às pressas por um corretor. Essa prática **permite que o lucro da operadora seja muito maior**, pois os reajustes são mais elevados.

Falso plano coletivo empresarial

O verdadeiro plano coletivo empresarial é aquele que a empresa destina aos seus empregados para fidelizá-los no trabalho e, em última análise, para que cuidem da saúde a fim de produzir mais e melhor. Contudo, nos últimos anos, diversas operadoras de saúde estão vendendo apenas planos coletivos empresariais, fazendo com que as famílias sejam obrigadas a aderir ao plano via um CNPJ.

Como dissemos, **essa prática visa aumentar os lucros da operadora**, pois o reajuste é muito maior e, ainda, não raramente os planos de saúde entendem que podem cancelar estes contratos quando eles bem entenderem, o que tem sido considerado ilegal pela Justiça.

Nestes contratos chamados de falsos coletivos, geralmente contendo uma família que está ligada ao plano de saúde através de um contrato empresarial, é possível rever os índices de reajuste aplicados ao contrato, buscando equiparar aos planos individuais, bem como impedir o cancelamento da apólice.

Doença preexistente

Doença preexistente é **aquela que o consumidor já sabia possuir quando ingressou no plano de saúde**. Desta forma, não basta que a doença já existisse, mas é preciso ainda que o consumidor soubesse estar doente. Inúmeras decisões entendem que é dever do plano de saúde provar que o consumidor já sabia do problema de saúde quando ingressou no contrato.

Na prática, não é simples para o plano de saúde provar que o consumidor já possuía a doença. Se a operadora enviar ao consumidor um pedido de retificação da Declaração de Saúde e o consumidor aceitar, nesse caso a operadora nunca mais poderá alegar que houve fraude e querer cancelar a apólice.

Mas, por outro lado, o consumidor poderá ficar até 24 meses da data da contratação do plano de saúde em carência para aquela doença ou tratamento específico.

Existe plano de saúde sem carência? Quais são as carências máximas?

Só é comum existir plano de saúde sem carência na contratação via empresa com mais de 30 vidas inscritas no contrato. Do contrário, sempre desconfie quando alguém lhe prometer um "plano de saúde sem carências" e, preferencialmente, documente a comunicação e a oferta do corretor, pois ele poderá responder pela oferta que fez juntamente com a operadora.

Há uma quantidade imensa de pessoas que todos os dias reclamam de ter contratado um plano de saúde sem carência e, depois, descobrem que existe carência no contrato.

Portanto, salvo se você fez portabilidade do plano de saúde pelo site da ANS e outras raras exceções legais, como a migração de contrato dentro da mesma operadora, será aplicada carência de 300 dias para parto, 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, 24 meses para doenças preexistentes e até 180 dias para os demais eventos (internações, procedimentos ambulatoriais etc.).

Tenha sempre claro o que você está contratando e qual período de carência seu plano de saúde exige. Lembre-se que a publicidade feita pelo plano de saúde ou pelo corretor integra seu contrato, sendo assim, guarde sempre os documentos, e-mails e mensagens trocadas.

Descredenciamento

Somente pode ser descredenciado hospital ou laboratório, por exemplo, se o plano de saúde credenciar outro equivalente em substituição. No mais, cabe à ANS aprovar o redimensionamento da rede de atendimento, de forma que sem tais características quase nunca cumpridas pelos planos de saúde o descredenciamento é ilegal.

Quem está em atendimento médico de um tratamento importante junto a determinado hospital ou então está internado não pode ter descredenciado o serviço que está utilizando.

Reajuste por faixa etária

Este é ainda um tema polêmico na Justiça, especialmente porque os tribunais superiores, que ficam em Brasília, têm mudado a interpretação e prejudicado duramente os consumidores.

É essencial que, para ter um mínimo de validade, o contrato tenha clareza sobre as faixas etárias e seus respectivos percentuais de reajuste. Contudo, ainda que o contrato tenha tais dados, se o reajuste for muito elevado o consumidor poderá ir à Justiça e pleitear uma diminuição no percentual.

Desde 01/01/2004, os contratos preveem a existência de 10 faixas etárias: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos e 59 anos ou mais.

Embora sejam permitidos reajustes por mudança de idade, a aplicação de índices aleatórios ou desarrazoados pelo plano de saúde, elevando abruptamente o preço da mensalidade aos aposentados, é ilegal e pode ser combatida no Poder Judiciário.

Procure sempre um advogado especialista em plano de saúde e leve para ele o histórico de pagamentos e uma cópia do seu contrato.

Reajuste anual

Nos contratos novos individuais/familiares, o reajuste anual deve ser aprovado pela ANS e previsto no contrato. No caso dos contratos antigos (firmados até 31/12/1998), se seu contrato tiver índice financeiro próprio para reajuste (IGPM, IPCA etc.), tais índices devem ser seguidos e, se não houver índice claro na apólice, deve ser aplicado o mesmo índice de reajuste anual autorizado pela ANS para os contratos novos.

Se o seu plano de saúde for coletivo por adesão ou coletivo empresarial, nesses casos a ANS não regula o reajuste, mas lembre-se: é possível rever na Justiça a aplicação dos reajustes anuais do contrato, buscando a substituição desses índices pelos reajustes autorizados pela ANS para planos individuais e familiares.



Aposentados podem continuar no plano de saúde?

O aposentado que contribuiu por 10 anos com o pagamento da mensalidade e se aposentou (a contribuição não pode ser a título de coparticipação) poderá continuar como beneficiário do plano para sempre, nas mesmas condições contratuais que vigem para os empregados da ativa.

Se o empregado aposentado contribuiu por menos de 10 anos, poderá permanecer no contrato durante período menor que estará limitado à razão de 1 ano de contrato para cada 1 ano de contribuição. Portanto, nessa última hipótese, aquele que contribuiu por 07 anos e se aposentou deverá ficar no contrato por apenas 07 anos, por exemplo.



Quem foi demitido pode permanecer no plano de saúde?

Ao consumidor que tiver contribuído com o pagamento da mensalidade (lembrando que neste caso também não conta coparticipação) e for demitido sem justa causa ou se desligar do emprego, a lei assegura que continue no plano pelo período igual a 1/3 do tempo que contribuiu com o pagamento da mensalidade.

A partir da demissão o consumidor pagará integralmente o valor da mensalidade. Ou seja, o empregado assumirá a cota parte do que lhe era descontado em folha de pagamento e mais aquilo que era pago pela empresa.

O direito de continuar no plano de saúde pode se dar por no mínimo 06 meses e no máximo 24 meses, lembrando a regra citada de 1/3 do tempo que contribuiu com o pagamento da mensalidade.

É também ilegal a diferenciação de ativos e inativos em planos de saúde, prejudicando os aposentados e excluindo-os do plano de saúde.



Os planos de saúde podem cancelar o contrato de forma unilateral?

A operadora só pode cancelar o contrato em caso de fraude ou quando o consumidor atrasar o pagamento por mais de 60 dias no ano, consecutivos ou não. O usuário, porém, precisa ser notificado até o 50° dia de inadimplência.

Caso o plano de saúde aceite o pagamento da mensalidade em atraso sem qualquer ressalva, é possível rever na Justiça o cancelamento da apólice, assim como no caso do paciente não ter sido notificado pessoalmente para pagar o débito em atraso, ou ainda nas hipóteses de estar internado ou ser portador de doença grave.

Atendimento negado por atraso no pagamento

Apenas é admitida a suspensão do atendimento ou cancelamento do contrato se o consumidor **atrasar mais de 60 dias**, desde que notificado previamente até o 50° dia. Se o consumidor não foi notificado previamente e pessoalmente, dando a ele a possibilidade de pagar o valor em atraso com mais 10 dias, é possível rever a rescisão do contrato.

Portabilidade no plano de saúde

A portabilidade de carências é o direito que o consumidor possui de trocar de plano de saúde após 02 anos vinculado ao contrato. Caso tenha entrado no plano de saúde e declarado uma doença preexistente, neste caso serão exigidos 03 anos de vínculo com a operadora para que se possa fazer a portabilidade.

A portabilidade não exige ação na Justiça e nem mesmo auxílio de corretor, pois é feita diretamente por cada um dos beneficiários que devem escolher uma das opções de plano de saúde listadas no site da ANS.

Para pesquisar sobre as opções de portabilidade, basta acessar a área de **"Portabilidade de Carências"** clicando no link abaixo:

https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/

Fui internado e meu plano não quer cobrir a conta, o que faço?

O consumidor tem direito à cobertura integral das despesas de internação, não podendo o plano de saúde deixar itens pendentes para o consumidor. Embora seja preciso uma análise cuidadosa, o ideal é que o consumidor peça que seu médico faça um relatório justificando a necessidade dos itens que foram negados pelo plano de saúde. Com isso em mãos e a prova de que está sendo cobrado, procure um advogado especialista em plano de saúde, pois é possível ingressar com ação judicial para reverter a cobrança.

O plano de saúde deve custear medicamento "off label", ou seja, sem indicação em bula para tratamento da minha doença?

Sim, pois neste caso não se considera experimental a indicação médica de tratamento, uma vez que o remédio a ser ministrado no paciente possui registro sanitário na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), ainda que a indicação ao caso clínico não esteja prevista em bula. Neste caso, o tratamento é chamado de "*off label*" (fora da bula) e o plano de saúde pode ser condenado na Justiça a custeá-lo.

O plano de saúde deve custear exames genéticos?

Muitos exames genéticos indicados pelo médico para diagnóstico ou controle de doenças encontram-se fora do Rol da ANS. Dentre os principais exames fora do Rol podemos destacar o **Exoma**, o **Oncotype DX**, o **exame Farmacogenético** e o **Foundation One**, por exemplo. Contudo, inúmeras decisões judiciais têm determinado a cobertura de tais exames com base na Lei dos Planos de Saúde (lei 9656/98), de forma que se houver recusa em autorizar a cobertura o paciente poderá recorrer à Justiça.

O plano de saúde deve custear remédio de uso domiciliar?

Sim, há muitos casos na Justiça em que pacientes têm obtido decisões judiciais determinando o custeio do tratamento com remédios de uso domiciliar, sobretudo medicamentos de alto custo para doenças crônicas ou graves, mesmo que não seja câncer. É ideal que o consumidor busque orientação jurídica adequada com profissional especialista no tema a fim de entender as possibilidades.

É verdade que o plano de saúde só paga quimioterapia prevista no Rol da ANS?

As empresas têm de fato agido assim, mas esta é outra **ilegalidade**. Se o medicamento tem registro sanitário na Anvisa, mesmo fora do Rol da ANS há muita chance de autorizar o tratamento via ação judicial. Peça sempre que o médico explique a razão pela qual o tratamento é essencial ao caso, junte documentos mostrando seu histórico de saúde e procure um advogado especialista em plano de saúde se a operadora mantiver a recusa.

Para consultar se o remédio que você precisa está registrado pela Anvisa, pesquise no site oficial da agência:

https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos

Em caso de medicamento não registrado na Anvisa será preciso entender se o medicamento nunca teve registro ou se teve o registro cancelado e qual foi o motivo do cancelamento. Na dúvida, procure sempre um advogado especialista em plano de saúde.

Planos de saúde devem custear Canabidiol?

Sim, desde que foi registrado pela Anvisa é possível conseguir **Canabidiol** pelo plano de saúde. O primeiro passo é apresentar ao convênio uma boa prescrição médica recomendando a necessidade do medicamento.

Caso a solicitação seja negada com uma justificativa genérica, como o fato de ser de uso domiciliar, não estar previsto no Rol da ANS, ou então, ser de uso experimental para o seu tratamento, por exemplo, fale com um advogado especialista.

Diversas decisões judiciais já obrigam o fornecimento de Canabidiol e centenas de outros medicamentos pelos planos de saúde.



Medicamentos imunobiológicos para doenças autoimunes, por exemplo, devem ser cobertos pelos de saúde?

Sim, há centenas de medicamentos que devem ser custeados pelos planos de saúde para tratar doenças diversas, incluindo doenças autoimunes. A ANS agiu ilegalmente e deixou centenas de doenças desobrigadas de tratamento pelo plano de saúde, mas **é comum a Justiça entender que a exclusão de medicamentos e tratamentos feita pelo Rol da ANS é ilegal.**

Muitos dos medicamentos que ficaram fora do Rol de Procedimentos da ANS têm sido judicializados constantemente e em centenas de processos a Justiça já entendeu pela cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Embora seja difícil nomear todos os medicamentos e doenças que ficaram fora da cobertura, mas que o fornecimento já foi determinado pela Justiça em diversas ações, podemos listar alguns dos mais comuns, apenas como um exemplo mínimo da longa lista de remédios que devem ser custeados:

- **Adalimumabe**
- **Dupilumabe**
- **Erenumabe**
- **Etanercepte**
- **Fremanezumabe**
- **Golimumabe**
- **Infliximabe**
- **Omalizumabe**
- **Risanquizumabe**
- **Secuquinumabe**
- **Ustequinumabe**
- **Vedolizumabe**



Quais outros medicamentos o plano de saúde deve pagar?

É difícil enumerar todos, mas, geralmente, medicamentos que são de uso em ambulatório, sejam eles de aplicação intramuscular, endovenosa ou subcutânea, inúmeras decisões mandam o plano de saúde custear.

Há casos de medicamentos caros, como **Tafamidis, Inotersena, Canaquinumabe, Pembrolizumabe, Gencitabina, Imunoglobulina, Ribociclibe, Palbociclibe, Letrozol, Alpelisib, Osimertinibe, Olaparibe, Bevacizumabe, Palmitato de paliperidona, Tocilizumabe**, além de centenas de outros medicamentos.

Salvo se a doença base do paciente for câncer, o mais difícil é autorizar medicamento de uso domiciliar oral. Neste caso, sendo medicamento de uso domiciliar oral para uma doença não relacionada com o câncer, procure sempre conversar antes com um advogado especialista em plano de saúde a fim de compreender as possibilidades do seu caso.

Podem me recusar no plano de saúde por eu já ser idoso ou ter doença preexistente?

Não, em hipótese alguma. A lei veda esse tipo de comportamento do plano de saúde e o caso pode ser denunciado à ANS e ao Ministério Público, além de caber ação judicial pelo consumidor. No caso de pessoa com doença preexistente, a lei diz ser um direito do plano de saúde impor carência de até 24 meses para atender o paciente, mas jamais negar a inclusão do consumidor no contrato.

Ser idoso ou portador de deficiência, por exemplo, não pode servir como impeditivo para contratar um plano de saúde, pois as operadoras não podem fazer o que chamamos de "seleção de risco".



Grávida pode contratar plano de saúde? Qual a vantagem?

Sim, embora **possa ser exigida carência de 300 dias para parto**, nada impede que a mulher grávida contrate um plano de saúde pensando em eventual intercorrência grave com ela ou com o bebê. Neste caso, recomendamos que seja contratado um plano de saúde com cobertura obstetrícia, mesmo que não possa, em princípio, utilizar para o parto. No caso de planos com cobertura de obstetrícia haverá cobertura para o parto em situação de urgência ou emergência e, também, a criança entrará no plano de saúde dos pais sem qualquer carência, desde que seja feita a solicitação de inclusão nos primeiros 30 dias de vida do bebê.

Tenho um plano de saúde que não cobre prótese, órtese, marca-passo ou material cirúrgico. Isso é legal?

Não, não mesmo. Próteses, órteses e materiais cirúrgicos não podem ser recusados quando são acessórios ao procedimento que o médico terá que realizar. Um plano de saúde que cobre cirurgia cardíaca, mas não cobre stent, por exemplo, está agindo de má-fé, pois oferta cobertura de um lado e subtrai do consumidor de outro lado o direito à realização do procedimento. Ainda que essa exclusão conste no contrato, tal cláusula tende a ser vista como abusiva pela Justiça.

Procedimentos mais modernos por via robótica, por exemplo, têm cobertura obrigatória pelo plano de saúde?

Há inúmeras decisões judiciais mandando o plano de saúde custear procedimentos mais modernos por via robótica, por exemplo. Para que seja possível obter essa cobertura é essencial que o médico elabore um relatório detalhando por qual razão o procedimento robótico leva vantagens significativas sobre o procedimento convencional e, sobretudo, relatando as particularidades do seu caso clínico.

Tudo o que o médico puder justificar sobre seu caso clínico pode ser interessante ao contexto para que um juiz compreenda as particularidades do seu caso e que não se trata de opção simplesmente "mais cômoda", mas de algo mais seguro a você e à sua saúde e que, ao final, também será interessante ao plano de saúde, pois reduzirá drasticamente os riscos de comorbidades, mais tempo de internação etc.

Portanto, mesmo fora do Rol da ANS, há chances de obter na Justiça direito a procedimentos pela via robótica. Tenha sempre em mãos um excelente relatório médico, a recusa do plano de saúde e procure um advogado especialista em plano de saúde.

Quem tem direito a home care pelo plano de saúde?

A resposta mais rápida é "**todos os consumidores que têm um plano de saúde com segmentação hospitalar tem direito a home care pelo plano de saúde, mesmo que tal direito esteja excluído do contrato**". Isso porque o home care nada mais é do que uma forma de internação, mas na casa da pessoa ou em uma clínica, hospital de retaguarda etc.

A Justiça tem inúmeros julgados sobre o tema e na prática é essencial ter um bom relatório médico no qual o profissional explique o quadro clínico do paciente e justifique as razões pela qual indica o home care, além de quais serviços devem ser necessários **(exemplo: enfermagem 24 horas, fonoaudiologia 3x na semana, fisioterapia 3x na semana, avaliação nutricional quinzenal, visita médica mensal etc.)**.

No home care, o plano de saúde deverá fornecer alimentação enteral quando necessário, bem como fraldas, luvas, máscara, suporte de oxigênio e inclusive medicamentos que o paciente utiliza. A cobertura do home care deve seguir o mesmo padrão da cobertura hospitalar: se o paciente receberia tais itens internado, deve receber também quando internado em sua casa ou outro lugar via home care.

O home care se constitui como uma vantagem para as duas partes. De um lado, é vantajoso ao paciente que não corre risco de infecção hospitalar e ainda estará junto aos seus, em sua residência, sendo cuidado. De outro lado, este tipo de internação é muito mais barata ao plano de saúde do que deixar o paciente ocupando um leito hospitalar.

É importante que o paciente tenha um bom relatório médico e a recusa do plano de saúde em liberar o tratamento prescrito. Se houve a solicitação de enfermagem 24 horas e o plano de saúde apenas liberou, por exemplo, enfermagem por 12 horas, também é considerado um tipo de recusa quanto à solicitação feita e o paciente poderá acionar a Justiça.



Quais são os prazos que o plano de saúde possui para autorizar consultas, exames e cirurgias?

O plano de saúde deve liberar cobertura e atendimento imediato sempre que o caso for de urgência ou emergência médica. Para procedimentos eletivos ou consultas que podem ser agendadas, a ANS estabeleceu prazos e a falta de atenção a tais limites pode ensejar punição ao plano de saúde, bastando que o consumidor denuncie na agência reguladora.

Por exemplo, no caso de consultas com pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, o plano de saúde tem até 7 (sete) dias úteis e, nas demais especialidades médicas ,o prazo máximo é de 14 (quatorze) dias úteis.

Para consulta com fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta o prazo é de até 10 (dez) dias úteis.

Caso seja necessária a utilização de serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas, o prazo de atendimento da solicitação deve ocorrer em até 3 (três) dias úteis e para serviços de diagnóstico e terapia e terapia em regime ambulatorial o prazo será de até 10 (dez) dias úteis, assim como também terá prazo de 10 (dez) dias úteis os procedimentos que precisam ser realizados em regime de hospital-dia, onde o paciente realizará o procedimento internado, mas sairá no mesmo dia.

Para eventos e procedimentos de alta complexidade e para agendamento de cirurgias e procedimentos que demandem internação eletiva (sem urgência), o prazo será de até 21 dias úteis. No caso de consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista (caso dos planos odontológicos), o prazo é de até 7 (sete) dias úteis.

Se meu plano de saúde for empresarial, a empresa onde trabalho participará da ação?

Não. Caso você ingresse com uma ação judicial contra o convênio, apenas o plano de saúde é quem responde pelo processo e não a empresa onde você trabalha. Você tampouco precisará de qualquer autorização da empresa que contratou o plano de saúde para que você possa abrir eventual ação judicial.

A ação judicial é feita em nome da pessoa que foi lesada e é feita diretamente contra o plano de saúde.

Preciso de um medicamento importado. Posso exigir do meu plano de saúde?

Este é um tema complexo e bastante polêmico, que exige a análise das particularidades do caso concreto. Por regra, podemos dizer que se um medicamento nunca foi autorizado pela Anvisa no Brasil e tampouco conta com autorização para importação excepcional da medicação, geralmente será bastante difícil obrigar o plano de saúde a custear a medicação.

Contudo, há medicamentos como Tiotepa ou mesmo Trabectidina, por exemplo, que ou já tiveram registro no Brasil ou possuem autorização pela Anvisa para importação da medicação e, neste caso, **há sim possibilidade de obter a autorização para fornecimento da medicação pelo plano de saúde, mesmo não estando registrado pela Anvisa.**

Desta forma, a primeira providência será sempre ter um bom relatório médico que ateste a importância e a urgência em fazer uso do medicamento e, depois, obter a recusa do plano de saúde e procurar então um advogado especialista no setor que conheça profundamente as particularidades e diferenças entre tais regras para tentar enquadrar seu caso dentro das exceções que são admitidas pela Justiça.

Plano de saúde cobre Fertilização in Vitro?

Por muito tempo foi comum que os planos de saúde fossem obrigados a custear o tratamento de Fertilização in Vitro (FIV), mas isto mudou bastante nos últimos tempos após o STJ entender que este tipo de tratamento não tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Aqui e acolá às vezes surge uma decisão de algum juiz ou tribunal determinando a cobertura do tratamento pelo plano de saúde, mas é preciso admitir que estas decisões são vistas em número cada vez menor.



É possível realizar cirurgia plástica pelo plano de saúde?

Se a razão da cirurgia é exclusivamente estética, tais como no caso de orelha de abano, rinoplastia para diminuir formato ou tamanho de nariz, infelizmente não há custeio obrigatório pelos planos de saúde.

Os casos em que a cirurgia plástica tem finalidade clínica, como cirurgia de redução de mama, mastopexia com prótese e abdominoplastia após cirurgia bariátrica, dermolipectomia etc., são diferentes.

O médico de sua confiança deve atestar por quais razões clínicas o procedimento cirúrgico é essencial ao seu caso e, preferencialmente, nunca justificar apenas do ponto de vista psicológico. Por exemplo, no caso de mamoplastia redutora, é importante constar no relatório médico os riscos que a mulher está se submetendo ao manter o tamanho dos seios, em prejuízo à coluna, riscos dermatológicos etc.

Meu plano de saúde não quer entregar a recusa do procedimento por escrito. O que faço?

Há algumas opções neste caso. Conforme regra da art. 3° da na RN 319/2013 da ANS, uma vez informado sobre a recusa do procedimento, "o beneficiário poderá solicitar que as informações prestadas na resposta de que trata o art. 2° sejam reduzidas a termo, por correspondência ou por meio eletrônico, conforme sua escolha", ou seja, é direito do consumidor pedir por escrito por qual razão sua solicitação foi recusada.

Se o plano de saúde disser que não fornece você pode argumentar que denunciará à ANS (e, preferencialmente, para mostrar conhecimento, cite a regra mencionada aqui) e, mantida a recusa, você poderá denunciar o caso para a ANS, pois embora dificilmente te ajudem a conseguir reverter a recusa, eles exigirão que o plano de saúde entregue por escrito.

Há também outras opções, pois qualquer e-mail avisando, simples print de tela do aplicativo do plano de saúde ou mesmo eventual comunicação por WhatsApp da operadora ou de eventual laboratório ou hospital, tudo serve como prova.

Algumas pessoas costumam também gravar a ligação. Com a popularização dos smartphones, se você colocar um celular no viva-voz e gravar a conversa com outro aparelho, por exemplo, também já basta.

Não é preciso que você recorra à Ouvidoria ou faça reclamações e pedidos de reanálise para procurar a Justiça. A simples recusa do procedimento já lhe permite entrar com ação judicial, se o caso.

Posso sofrer alguma retaliação do plano de saúde por processá-lo?

Não, não pode. Aliás, nunca vimos isto ocorrer, mesmo tendo elaborado milhares de ações judiciais contra os mais diversos tipos de planos de saúde e contra as mais diferentes empresas, do Oiapoque ao Chuí.



Mover uma ação na Justiça contra meu plano de saúde não irá demorar muito?

Essa ação judicial pode ser movida com **pedido de liminar** e, desta forma, um juiz pode analisar o caso rapidamente. Uma vez concedida a ordem em favor do consumidor, mesmo que o plano de saúde decida recorrer ele estará obrigado a cumprir com aquela determinação da Justiça.

Na página abaixo você confere uma explicação mais detalhada sobre o que é uma liminar e como é possível beneficiar consumidores através dessa medida. Acesse o link e saiba tudo sobre este direito:

https://www.eltonfernandes.com.br/o-que-e-liminar-o-que-acontece-depois-da-analise-da-liminar

Milhares de decisões judiciais têm confirmado os direitos dos consumidores e os deveres dos planos de saúde apresentados neste e-book. Abaixo, reunimos algumas dessas decisões, confira!

TERAPIA PELO MÉTODO ABA

PLANO DE SAÚDE - Paciente portador de hidrocefalia, paralisia cerebral e transtorno do espectro autista - Indicação médica para terapia multidisciplinar com método ABA - Negativa de custeio da ré, sob o fundamento de que o método é experimental e não está previsto no rol da ANS -Incidência da Súmula 102 deste E. Tribunal de Justiça, devendo prevalecer a indicação médica - Obrigação de custeio caracterizada - Precedentes desta E. Câmara - Recurso desprovido.

MEDICAMENTO QUIMIOTERÁPICO "OFF LABEL"

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer. Decisão que deferiu tutela provisória para compelir a operadora ré a fornecer o medicamento prescrito no contexto de tratamento quimioterápico. Alegação de utilização *off label* ou experimental que não justifica a recusa de cobertura. Medicamento registrado na ANVISA e regularmente empregado como terapêutica para combater neoplasias malignas. Diretrizes de utilização previstas no rol de procedimentos da ANS que não se sobrepõem à prescrição do especialista. Decisão mantida.

MEDICAMENTO FORA DO ROL DA ANS

PLANO DE SAÚDE - Negativa de custeio do medicamento - Procedência decretada – Abusividade da recusa reconhecida - Alegação de que o tratamento não se enquadra nas diretrizes de utilização da ANS, nem consta do rol de procedimentos obrigatórios desta – Inadmissibilidade da recusa - Empresa prestadora de serviços de assistência médica que não pode interferir na indicação feita pelo médico - Aplicação de novas técnicas que decorrem da evolução da medicina, sendo exigível, para defesa do consumidor a especificação de não cobertura nos contratos - Pedido médico que justifica a necessidade de utilização do medicamento - Recurso desprovido.

CIRURGIA CARDÍACA PELO MÉTODO TAVI

PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Sentença de procedência. Irresignação da ré. Autor portador de "Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Insuficiência Coronária Crônica com Angioplastia Transluminal Percutânea CD com stent com sucesso e Lesão Ramo DP de 70%-80% e Estenose Aórtica Grave Sintomática"". Negativa de custeio do procedimento de "Troca Valvar Aórtica por TAVI". Alegação de ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS. Recusa indevida. Patologia de cobertura prevista em contrato. Abusividade nos termos dos arts. 14 e 51, IV e § 1° do CDC.

CIRURGIA ROBÓTICA

Obrigação de fazer. Plano de assistência médico-hospitalar. Autora que tivera indicação de procedimento cirúrgico por técnica robótica. Ré que apresentou negativa, predispondo-se a cobertura por meio de procedimento convencional. Alegação de que não constava do rol da ANS. Inadmissibilidade. Apelante, que se predispôs a 'cuidar e vidas', deve disponibilizar ao segurado o necessário para que vá em busca da cura, ou amenize a adversidade na higidez. Técnica robótica apontada como adequada, pois tem menor invasão no corpo da paciente, proporcionando recuperação mais acelerada, além de evitar significativamente a hipótese de contrair infecção hospitalar. Rol da ANS não exclui o que é mais apropriado para o enfermo. Por outro lado, o desenvolvimento técnico-científico é mais célere do que aspectos burocráticos da agência reguladora do setor. Lentidão administrativa não pode impor maior sofrimento ao enfermo. Relação de consumo caracterizada. Sentença que se apresenta adequada. Apelo desprovido.

CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO

APELAÇÃO. Ação de obrigação de fazer, com pedido de antecipação de tutela. Plano de Saúde. Sentença que condenou a ré a manter o plano de saúde contratado. Contrato de seguro coletivo. Rescisão unilateral imotivada. Inadmissibilidade. Abusividade do cancelamento imotivado do seguro saúde coletivo, apesar de prevista contratualmente. Proteção inserida no artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei n¦° 9.656/98, extensível aos contratos coletivos por adesão, pois o destinatário final são os seus beneficiários. Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula n° 608, do C. Superior Tribunal de Justiça e Súmula n° 100, deste Eg. T.J.S.P.

REVISÃO DE REAJUSTE ANUAL ABUSIVO

Apelação cível. Plano de saúde. Ação revisional de plano de saúde cumulada com pedido de repetição de indébito. Sentença de parcial procedência. Inconformismo de ambas as partes. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. Artigos 2° e3° da Lei n° 8.078/1990. Súmulas n° 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça e n° 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça. Índice de reajuste por sinistralidade. Possibilidade. Contudo, inexiste qualquer base atuarial idônea para justificar o reajuste. Ausência de atendimento ao direito básico de informação adequada e clara ao consumidor. Artigo 6°, III do Código de Defesa do Consumidor. Abusividade dos reajustes, mantidos apenas os índices permitidos pela ANS. Prescrição. Pretensão de revisão de cláusulas contratuais que não está sujeita à prescrição. Pretensão de repetição do indébito, por outro lado, que está sujeita à prescrição trienal, nos termos do art. 206, § 3°, IV, do Código Civil. Hipótese em que, para fins de cálculo dos valores a serem restituídos, devem ser afastados os índices de reajuste por sinistralidade aplicados entre os anos de 2013 até 2019 (ajuizamento da demanda), incidindo os percentuais autorizados pela ANS no período, cujo cálculo deverá ser realizado em fase de liquidação de sentença, limitando-se a restituição dos valores pagos a maior aos três anos anteriores ao ajuizamento da ação.

7 dicas para contratar um plano de saúde

Ao contratar um plano de saúde, existem aspectos de fundamental importância que devem ser considerados pelos consumidores. A seguir, separamos algumas questões que devem ser avaliadas na hora de escolher o serviço!



1

Sempre que possível, contrate um plano de saúde individual ou familiar, pois os reajustes são menores e a operadora somente poderá cancelar este tipo de contrato por fraude ou inadimplência.



2

Procure dizer a verdade sobre doenças preexistentes. Na dúvida, consulte um médico ou, se a questão for jurídica, tome orientações com um advogado especialista em plano de saúde. Mentir pode levar ao cancelamento do contrato por fraude!



3

Se o corretor de seguros lhe prometer que não haverá carência, peça que ele documente essa informação. Não assine contrato onde está escrito que poderá haver carência antes que ele formalize o que está sendo vendido, pois se depois lhe exigirem carência você terá mais chances de rever o caso na Justiça.



4

A cobrança de coparticipação e franquia precisa estar clara no contrato. Cuidado com elas! Se houver, por exemplo, coparticipação sobre medicamentos, pense se você realmente deseja entrar nesse plano de saúde. Valores de quimioterapia, em alguns casos, podem chegar a R$40.000,00 por mês. Imagine ter que pagar coparticipação em forma de percentual sobre o tratamento e ainda a mensalidade?



5

Tenha consigo uma cópia de quais são os hospitais e laboratórios credenciados ao plano de saúde. Isso poderá te ajudar muito em eventual ação judicial caso o plano decida descredenciar um deles de maneira irregular.



6

Tenha muita clareza sobre quais são as faixas etárias previstas neste contrato para não ser surpreendido com um aumento logo após ter ingressado no plano de saúde. Exija essas informações do corretor.



7

Informe-se sobre quais reajustes foram aplicados ao contrato nos últimos anos. Você suportará pagar tais reajustes em médio ou longo prazo? Se for um plano coletivo por adesão, desses vendidos por entidades de classe, procure saber em que mês o reajuste ocorrerá.



Lembre-se:

A Lei dos Planos de Saúde, o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil são poderosas armas de defesa para os consumidores contra os abusos praticados pelas operadoras de planos de saúde do país.

Da mesma forma, órgãos como a ANS e o Procon, assim como os profissionais da advocacia que atuam no segmento do Direito à Saúde, estão à disposição do cidadão que utiliza os serviços ofertados pela saúde suplementar.

Sendo assim, não tenha medo ou receio: caso o seu plano de saúde não esteja cumprindo com as obrigações apresentadas neste e-book, busque orientação especializada e lute pelos seus direitos!



Ainda tem dúvidas?

Fale conosco pelo telefone (11) 3141-0440,
pelo Whatsapp (11) 97751-4087, ou então pelo e-mail:
contato@eltonfernandes.com.br

Siga nossas redes sociais

Saiba mais sobre Direito à Saúde acessando nosso site:

www.eltonfernandes.com.br