

## Consumidor Direito + Grita

A ANS disponibiliza uma ferramenta para solução de possíveis conflitos entre clientes e operadoras. Também dispõe de um espaço em que podem ser encontradas um série de informações, tais como portabilidade, reembolso e coberturas obrigatórias

# Entenda os prazos de carência dos planos de saúde

» FERNANDA CAVALCANTE\*

A relação entre os planos de saúde e os beneficiários, por vezes, pode apresentar problemas. Um dos mais comuns diz respeito aos prazos de carências, que correspondem ao tempo em que os serviços contratados ainda não ficam disponíveis ao paciente, não são fixos.

O advogado Henderson Fürst, especialista em direito médico e da saúde, explica que esses prazos variam conforme a necessidade. "Serviços de pronto-socorro e emergências, por exemplo, têm prazo de 24 horas, enquanto exames simples e consultas de 30 dias. Mas exames complexos e cirurgias ou internações, 180 dias", elenca.

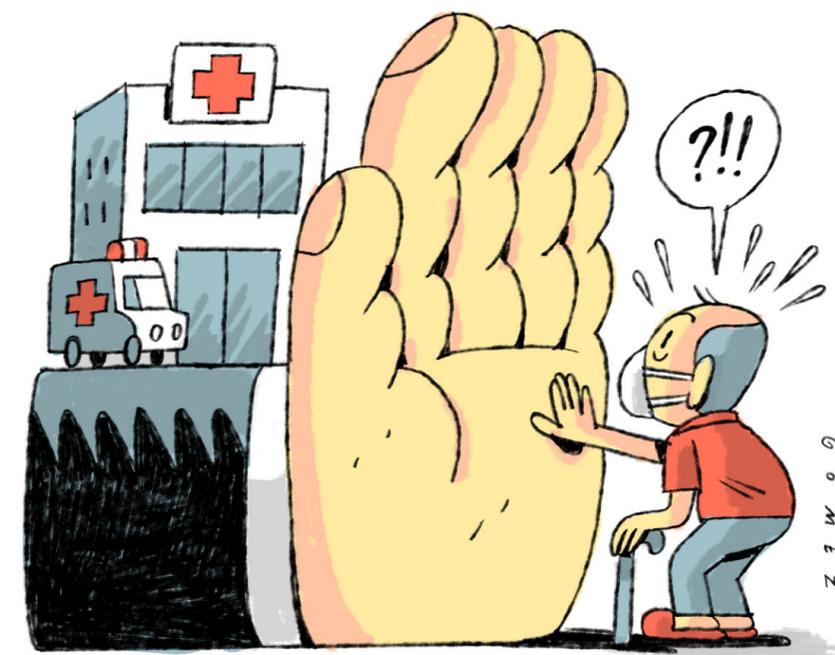
"Após o prazo de 24 horas, se a cirurgia configurar urgência, os tribunais têm entendido que é um direito do consumidor o dever de cobertura, não se aplicando o prazo de 180 dias mencionado anteriormente", completa o especialista.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), "a função do plano de saúde é cobrir ocorrências futuras e imprevisíveis, ou seja, que independam da vontade das partes". Por isso, conforme o órgão regulador, a existência da carência tem por objetivo "garantir a condição incerta, aleatória e futura das ocorrências de assistência à saúde, sendo importante para assegurar a viabilidade do mercado de planos de saúde".

### Situações

Gabriela Corassa, 34, médica obstetra do Hospital Santa Helena, explica que, nos primeiros 30 dias após o nascimento, o recém-nascido está coberto por todos os procedimentos necessários pelo seguro da mãe, conforme estabelece a Lei nº 9.656/1998.

"Portanto, enfatizamos a importância de um planejamento



prévio à gravidez para evitar possíveis negativas, já que durante o período de carência eles são inflexíveis", destaca Gabriela.

Alessandra Carolino, 39 anos, teve problemas com o plano de saúde para liberar a terapia do tipo Análise do Comportamento Aplicada (ABA). O tratamento visa abordar os comportamentos importantes para a vida social das pessoas atípicas. Sua filha, Júlia, 7, diagnosticada com transtorno do espectro autista (TEA), recebia esse atendimento três vezes por semana. Segundo ela, a operadora começou a dificultar o processo quando adotou o QR Code para validação das consultas. Com esse novo formato de validação, ela não conseguiu mais marcar consultas.

"Um autista sem terapia

regride tanto a fala quanto a coordenação motora. A minha filha, que tem autismo no nível dois, que tem migração para o nível três. Pagamos muito caro por um convênio para, de repente, eles decidirem que não somos mais dignos do atendimento deles", lamenta a mãe.

Muitas famílias como a de Alessandra terminam optando por profissionais particulares. A advogada Franciele Freitas, pós-graduada em direito médico e saúde, afirma que a negativa de cobertura para tratamento ou exame para autistas é abusiva e ilegal.

Uma prática adotada pelas operadoras é a exigência do cumprimento de carência de dois anos para garantia de tratamentos e terapias a pessoas com autismo. A tabela da Agência Nacional

de Saúde Suplementar (ANS) estabelece, no entanto, que a carência de dois anos se dá apenas para doenças pré-existentes, ou seja, para aquelas enfermidades que o beneficiário sabia ser portador antes de aderir ao contrato, e não para as deficiências.

"Os pacientes autistas também observam os mesmos prazos, mas é preciso ressaltar que os tribunais têm entendido que não se trata de uma doença pré-existente e, por isso, não é obrigatório aguardar dois anos, mas sim o prazo de 180 dias. Também há precedentes para a chamada janela de oportunidade, que tem afastado o prazo máximo de carência", ressalta o advogado Henderson Fürst.

A advogada Franciele Freitas orienta que o primeiro passo do consumidor é tentar resolver a

### Carência

**Limites de tempo máximos permitidos, ou seja, a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo menor que o previsto na legislação.**

- » Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis): 24 horas;
- » Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional: 300 dias;
- » Demais situações: 180 dias.

No caso dos planos de saúde contratados antes de janeiro de 1999, as regras de carência obedecem ao disposto em cada contrato. Para os chamados "planos novos" — contratados a partir de 2/1/1999 — ou para os que foram adaptados à legislação, valem as regras de carência estabelecidas na Lei nº 9.656/98.

Fonte: ANS

### Por tipo de plano

**Planos individuais ou familiares:**

- » há aplicação de carência.

### Planos coletivos empresariais:

- » Com até 29 beneficiários: poderá haver aplicação de carência.
- » Com 30 ou mais beneficiários: isenção de carência desde que o beneficiário solicite o ingresso em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação à empresa contratante.

### Planos coletivos por adesão:

- pode haver aplicação de carência nos seguintes casos:**
- » Se o ingresso do beneficiário acontecer até 30 dias após a celebração do contrato.
- » Se o ingresso acontecer no aniversário do contrato.

situação de forma administrativa. Para que isso ocorra, é necessário registrar uma Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) no site da ANS ([https:// abre.ai/jBB2](https://abre.ai/jBB2)). A NIP é um instrumento para resolver atritos entre os beneficiários dos planos de saúde e as operadoras, incluindo as administradoras de benefícios. Após o registro, a ANS notifica a operadora, que tem 10 dias para se manifestar.

Não havendo resolução ou se tratando de um caso de urgência ou emergência será necessário o auxílio de um advogado, que

analisará o caso e poderá formular o pedido judicial, por meio de uma liminar, garantindo o amparo ao paciente, se o risco de vida ou dano permanente for evidente.

No site da ANS também há o Espaço do Consumidor (<https:// abre.ai/jBB3>), no qual os beneficiários encontram informações sobre seus direitos, tais como: prazos máximos de atendimento, coberturas obrigatórias, prazos de carência, reajuste, reembolso e portabilidade, entre outros.

\*Estagiária sob supervisão de Malcia Afonso

## » BANCO DO BRASIL COBRANÇA REPETIDA

» PATRÍCIA NADIR RODRIGUES

A cliente do Banco do Brasil Patricia Nadir Rodrigues reclamou à coluna sobre um acontecimento inusitado em sua conta bancária. Um mesmo valor de R\$ 141,91 foi cobrado quatro vezes no mesmo dia. Quando ela foi verificar a origem dessas saídas, foi informada de que estavam sendo realizadas pelo próprio Banco do Brasil.

### Resposta da empresa

O Banco do Brasil acolhe e analisa todas as contestações de movimentações financeiras não reconhecidas pelos seus clientes. Conforme determina a Lei Complementar nº 105, de janeiro de 2001, que dispõe sobre o sigilo das operações de instituições financeiras, o BB não comenta casos específicos entrará em contato diretamente com a cliente, assim que a análise for concluída.

### Comentário da consumidora

Não entram em contato comigo. Tive que ligar no banco para obter resposta. Quem me atendeu disse que meu problema só será resolvido quando eu for em uma agência.



## » RENNER VALE-TROCA PENDENTE

» ISAINE ARAÚJO

A consumidora Isaine Araújo relata um problema com a Loja Renner. Ela pede para que liberem o seu vale-trocas. "Eles me mandaram o produto errado. Eu devolvi. Consta que já chegou ao setor logístico, mas o sistema não liberou meus vales-troca, que continuam pendentes", declara.

### Resposta da empresa

A Renner informa que está buscando contato com a cliente para solucionar a questão

### Comentário da consumidora

Não sei nem como agradecer. Fazia tempo que eu tentava e nunca tomaram providência de nada. Agora, enfim, os vale-trocas foram gerados com validade para até outubro.

### RECLAMAÇÕES DIRIGIDAS A ESTA SEÇÃO DEVEM SER FEITAS DA SEGUINTE FORMA:

- » Breve relato dos fatos
- » Nome completo, CPF, telefone e endereço
- » E-mail: [consumidor.dfg@dabr.com.br](mailto:consumidor.dfg@dabr.com.br)
- » No caso de e-mail, favor não esquecer de colocar também o número do telefone
- » Razão social, endereço e telefone para contato da empresa ou prestador de serviços denunciados
- » Enviar para: SIG, Quadra 2, nº 340 CEP 70.610-901 Fax: (61) 3214-1146

### Telefones úteis

Anatel 1331 | Anac 0800 725 4445 | ANP 0800 970 0267 | Anvisa 0800 642 9782 | ANS 0800 701 9656 | Decon 3362-5935 | Inmetro 0800 285 1818 | Procon 151 | Prodecon 3343-9851 e 3343-9852