

Guia prático explica como funcionam as regras quando o beneficiário já possui algum diagnóstico antes de aderir ao plano

Na hora de contratar um plano de saúde, muita gente se vê diante de dúvidas – e até inseguranças – sobre o que precisa declarar, o que será coberto e o que pode mudar no futuro. Pensando nisso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) preparou um material para orientar o consumidor nesse momento tão importante.

Já está disponível no portal da ANS a cartilha “Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes”, um guia prático que explica, de forma simples e direta, como funcionam as regras quando o beneficiário já possui algum diagnóstico antes de aderir ao plano.

Quando uma condição de saúde já faz parte da sua história

Imagine alguém que já convive com uma condição de saúde – como o uso de próteses, pinos ou até um marcapasso – e decide contratar um plano. Nesses casos, é fundamental que essas informações sejam compartilhadas desde o início.

A cartilha explica que são consideradas doenças ou lesões preexistentes aquelas que a pessoa já sabe que possui no momento da contratação. Por isso, preencher corretamente a Declaração de Saúde, documento obrigatório nesse processo, é mais do que uma formalidade: é uma forma de garantir transparência e evitar problemas futuros.

Entendendo os prazos e as possibilidades

Um dos pontos que mais geram dúvidas é a chamada Cobertura Parcial Temporária (CPT). Na prática, trata-se de um período – que pode chegar a até 24 meses – em que alguns atendimentos relacionados exclusivamente à condição preexistente podem ter restrições. Isso inclui procedimentos de alta complexidade, cirurgias e internações em leitos de tecnologia avançada.

Mas a cartilha também mostra que existem caminhos. Um deles é o agravo, uma alternativa em que o consumidor pode negociar com a operadora o pagamento de um valor adicional na mensalidade para ter acesso à cobertura completa dessas condições, mesmo antes do fim do prazo.

Seus direitos também estão protegidos

Além de explicar os prazos, o material reforça algo essencial: o consumidor não está sozinho. A ANS esclarece, por exemplo, a diferença entre carência e as restrições específicas relacionadas às doenças preexistentes – dois conceitos que muitas vezes são confundidos.

Outro ponto importante é que nem sempre a ausência de informação pode ser considerada omissão. Situações como a identificação prévia da condição pela própria operadora, por meio de exames, ou a inclusão de recém-nascidos e crianças dentro dos prazos legais têm regras próprias de proteção.

E mais: cabe à operadora comprovar qualquer suspeita de omissão. Durante esse processo, o beneficiário não pode ter o atendimento negado nem o contrato cancelado antes da conclusão da análise administrativa pela ANS.

Informação para escolher com mais confiança.

Ao reunir essas orientações, a nova cartilha da ANS busca dar mais autonomia ao consumidor, ajudando cada pessoa a tomar decisões com mais clareza e segurança sobre sua saúde.

Para acessar a cartilha completa, [clique aqui](#)

Fonte: [ANS](#), em 01.06.2026.