

A contratação de um plano privado de assistência à saúde é uma decisão importante e deve ser feita com cuidado, levando-se em conta as necessidades pessoais e as opções disponíveis no mercado. Para que o interessado chegue à escolha mais adequada, é fundamental que ele se informe sobre os produtos e suas características, compare as opções e, na hora de decidir, fique atento a detalhes que podem passar despercebidos.

Neste Dia Mundial do Consumidor (15/03), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) selecionou informações relevantes que devem ser observados na hora da contratação de um plano de saúde. Dessa forma, a reguladora também busca estimular o empoderamento dos beneficiários e orientá-los quanto aos seus direitos e deveres.

Confira as dicas a seguir e faça as melhores escolhas para a sua saúde.

Verifique se a operadora tem registro

O registro na ANS é obrigatório para o funcionamento de uma operadora, por isso é importante checar se a empresa está regular. Peça à empresa que vende o plano de saúde o número de registro da operadora e do plano na ANS e verifique esse dado no site da reguladora. No portal da ANS também é possível pesquisar informações relevantes sobre o desempenho da empresa e dos planos que ela oferece, como o Índice de Reclamações, resultados obtidos nos programas de qualificação e de monitoramento da garantia de atendimento, se a operadora é acreditada, ou seja, possui certificado de qualidade assistencial, entre outras. [Clique aqui e confira as informações disponíveis.](#)

Informe-se sobre os tipos de planos

Conheça as diferentes modalidades de planos de saúde para verificar qual é a mais adequada às suas necessidades. Fique atento principalmente quanto:

- **Ao tipo de contratação:** o plano pode ser individual ou coletivo
- **À segmentação assistencial:** o plano pode ser ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia), ambulatorial + hospitalar, referência ou exclusivamente odontológico
- **À abrangência geográfica:** escolha entre nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios ou municipal

Para ajudar o consumidor na escolha do plano de saúde, a Agência atualizou o [Guia ANS de Planos de Saúde](#). A ferramenta, que é acessada online, permite a comparação entre planos e exibe informações importantes para orientar a decisão do consumidor, como a rede hospitalar credenciada de cada produto e o preço máximo que a operadora poderá cobrar pelo plano médico-hospitalar. [Saiba mais sobre o Guia ANS de Planos de Saúde.](#)

Fique atento ao que deve constar no contrato

São itens obrigatórios:

- Nome comercial e número de registro do plano de saúde na ANS;
- Tipo de contratação, segmentação assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência, e sua(s) área(s) de atuação do plano de saúde;
- Objeto e características do contrato e início da vigência;
- Regras de rescisão/suspensão e a qualificação da operadora e do contratante;

- Condições de admissão dos beneficiários nos contratos;
- Coberturas obrigatórias e excluídas;
- Períodos de carência, se houver;
- Regras para o atendimento de urgência e emergência;
- Regras para as doenças ou lesões preexistentes;
- Regras a serem aplicadas no acesso à livre escolha de prestadores, se houver;
- Mecanismos de regulação (coparticipação e franquia);
- Formação de preço do plano de saúde, as obrigações do contratante relativas ao seu pagamento, bem como os critérios de reajuste, incluindo os percentuais incidentes em cada faixa etária, se houver;
- Condições de perda da qualidade de beneficiário;
- Foro da comarca do contratante, e, se houver, os bônus/descontos e os serviços e coberturas adicionais.

Nos contratos de planos coletivos empresariais em que há participação do beneficiário no custeio do plano, devem constar ainda os direitos de manutenção da condição de beneficiário dos demitidos sem justa causa e dos aposentados. E nos contratos de planos coletivos empresariais por meio dos quais as empresas concedem plano de saúde aos seus empregados e ex-empregados, deve constar a garantia de ingresso em plano individual ou familiar, caso a operadora ofereça este produto, no caso de cancelamento deste benefício pelo empregador.

Informe-se sobre a cobertura do plano

A ANS determina que as operadoras devem ofertar os serviços conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Trata-se das coberturas mínimas obrigatórias a serem asseguradas pelos chamados “planos novos” (comercializados a partir de 2/1/1999), e pelos “planos antigos” adaptados (planos adquiridos antes de 2/1/1999, mas que foram ajustados aos regramentos legais), respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas (planos ambulatoriais, hospitalares, odontológicos). As coberturas obrigatórias devem ser informadas em contrato pela operadora e podem ser consultadas pelo beneficiário no portal da ANS. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é atualizado a cada dois anos. Para os “planos antigos” não adaptados, as coberturas obrigatórias são as que constam das cláusulas contratuais acordadas entre as partes. [Clique aqui e acesse o Rol](#)

Fique atento aos prazos de atendimento

As operadoras são obrigadas a cumprir os prazos máximos estabelecidos pela ANS para a realização de consultas, exames e cirurgias, com a finalidade de garantir que o beneficiário tenha acesso às coberturas contratadas em tempo oportuno. Em se tratando de urgência e emergência, o atendimento deve ser imediato. Lembrando que a operadora deve garantir o atendimento no município onde o beneficiário o demandar, desde que este faça parte da área de atuação do plano. Caso não seja possível o atendimento neste município, deverão ser observadas as regras sobre garantia e prazos para atendimento nas hipóteses previstas na RN nº 259, de 2011, e suas alterações. [Confira os prazos](#).

Confira informações individualizadas no site da operadora

As operadoras devem manter em seus portais na internet uma área exclusiva com informações

individualizadas para o beneficiário e uma área destinada às empresas contratantes de planos coletivos. As informações destinadas ao consumidor contemplam os dados cadastrais do usuário e o histórico completo de utilização do plano, com o registro das consultas, exames e internações realizados. Isso fica agrupado no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), área com acesso restrito, que só pode ser visualizada com o uso de login e senha. Já as empresas contratantes passaram a ter acesso a informações antecipadas sobre o cálculo do reajuste a ser aplicado pelas operadoras nos contratos coletivos empresariais e por adesão. As regras ampliam a transparência da informação e garantem aos beneficiários dados relevantes e que possibilitem acompanhar a utilização de procedimentos feitos ao longo de sua permanência na operadora. Já as empresas podem saber, com no mínimo 30 dias de antecedência, a fórmula do reajuste na mensalidade do plano. [Saiba mais](#)

Se não estiver satisfeito ou precisar mudar de plano, veja as condições para a troca sem cumprir novas carências

Através da portabilidade de carências, o beneficiário pode contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou em operadoras diferentes, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Tal possibilidade vigora atualmente para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, mas a partir de junho de 2019, abarcará também os planos empresariais.

Para exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deve manter o vínculo com a operadora de origem, estar em dia com a mensalidade, cumprir os períodos mínimos de permanência no plano (2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido a cobertura parcial temporária; ou 1 ano se o beneficiário já tiver exercido a portabilidade alguma vez) e, na maior parte dos casos, ter compatibilidade de preço com o novo plano. Hoje, exige-se ainda compatibilidade de cobertura entre planos, mas a partir de junho essa regra será extinta. [Saiba mais](#)

Saiba o que fazer quando estiver enfrentando algum problema com o plano

A ANS disponibiliza uma ferramenta para a intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde. A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) soluciona as demandas de maneira ágil: a partir de uma reclamação registrada na ANS, uma notificação automática é encaminhada à operadora responsável, que tem até dez dias para encaminhar o problema. No caso de demandas assistenciais, o prazo cai pela metade, ou seja, a operadora tem até cinco dias para responder. O beneficiário ainda pode acompanhar o andamento de sua demanda pelo portal da agência. A NIP tem alcançado, ano a ano, índices cada vez mais altos de resolutividade. Em 2018, mais de 90% das reclamações registradas pelos canais de atendimento da Agência foram resolvidos pela NIP.

A ANS também estabelece regras para o atendimento que deve ser prestado pelas operadoras.

[Confira aqui](#)

Canais de Atendimento da ANS

O registro de reclamações é feito pelos canais de relacionamento da Agência listados abaixo. É importante que o beneficiário entre primeiro em contato com a operadora para buscar a solução do problema. Caso não consiga resolver, deve entrar em contato com a ANS, de posse do número de protocolo da queixa registrada na operadora. Isso agiliza a identificação da solicitação e a solução do conflito.

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105
- Central de Atendimento ao Consumidor, no endereço eletrônico:

<http://www.ans.gov.br/central-de-atendimento>

■ Núcleos da ANS existentes em 12 cidades do país (<http://www.ans.gov.br/aans/nossos-enderecos>), de 2ª a 6ª feira, das 8h30 às 16h30, exceto feriados nacionais.

O beneficiário também conta com a Ouvidoria da ANS, espaço para registrar sugestões, consultas, elogios, reclamações e denúncias sobre a atuação e os serviços prestados pela Agência Reguladora. As manifestações recebidas permitem à ANS aprimorar os serviços prestados à sociedade, bem como a qualidade e a efetividade do atendimento. [Acesse aqui](#).

Ainda tem dúvidas? Confira as cartilhas elaborados pela ANS

No portal da ANS, no [Espaço do Consumidor](#), são disponibilizadas mais informações e orientações sobre a contratação de planos de saúde. E, periodicamente, a ANS elabora e divulga cartilhas com linguagem clara e de fácil leitura sobre os assuntos mais relevantes para o beneficiário. Confira abaixo alguns desses materiais:

- [Como contratar um plano de saúde](#)
- [Prazos Máximos de Atendimento](#)
- [Contratação de plano coletivo por empresário individual](#)
- [Aposentados e demitidos](#)
- [Cancelamento ou exclusão de contrato](#)

Perfil dos beneficiários de planos de saúde

A saúde suplementar atende a aproximadamente um quarto da população brasileira. De acordo com dados de janeiro disponibilizados pela ANS, o setor conta com 47,4 milhões de usuários na segmentação de assistência médica, além dos 24,3 milhões de beneficiários que possuem planos exclusivamente odontológicos.

Confira nas tabelas abaixo o perfil dos beneficiários de acordo com a idade, sexo, tipo de contratação e segmentação do plano e a modalidade da operadora.

Idade

Faixa Etária (5 anos)	Beneficiários (Assistência Médica)	Beneficiários (Odontológicos)
Até 1 ano	660.964	115.910
01 a 4 anos	2.833.771	791.256
05 a 9 anos	3.128.802	1.369.890
10 a 14 anos	2.680.641	1.390.882
15 a 19 anos	2.574.402	1.444.125
20 a 24 anos	3.211.359	2.040.160
25 a 29 anos	3.879.417	2.573.588
30 a 34 anos	4.728.420	3.055.609
35 a 39 anos	4.936.333	3.084.189
40 a 44 anos	3.911.184	2.390.321
45 a 49 anos	3.111.330	1.837.689
50 a 54 anos	2.797.725	1.475.783
55 a 59 anos	2.399.439	1.067.033
60 a 64 anos	1.916.859	697.951
65 a 69 anos	1.510.123	426.644
70 a 74 anos	1.116.588	242.355

Faixa Etária (5 anos)	Beneficiários (Assistência Médica)	Beneficiários (Odontológicos)
75 a 79 anos	813.613	139.663
80 ou mais	1.155.667	153.299
Inconsistente	564	436
TOTAL	47.367.201	24.296.783

Sexo	Beneficiários (Assistência Médica)	Beneficiários (Odontológicos)
Feminino	25.238.321	12.394.753
Masculino	22.128.880	11.902.030
TOTAL	47.367.201	24.296.783

Tipo de contratação do plano	Beneficiários (Assistência Médica)	Beneficiários (Odontológicos)
Coletivo empresarial	31.752.552	17.709.217
Coletivo por adesão	6.413.143	2.282.211
Coletivo não identificado	1.245	3.971
Individual	9.079.778	4.285.315
Não informado	120.483	16.069
TOTAL	47.367.201	24.296.783

Segmentação do Plano	Beneficiários (Assistência Médica)
Ambulatorial	1.990.089
Hospitalar	456.438
Hospitalar + Ambulatorial	41.301.952
Não Identificado	119.717
Referência	3.499.005
TOTAL	47.367.201

Modalidade da Operadora	Beneficiários (Assistência Médica)	Beneficiários (Odontológicos)
Segmentação do Plano		
Cooperativa odontológica	-	3.322.643
Odontologia de grupo	-	12.378.696
Autogestão	4.654.350	89.869
Cooperativa médica	17.307.392	469.307
Filantropia	940.138	99.849
Medicina de grupo	18.430.063	6.557.660
Seguradora especializada em saúde	6.035.258	1.378.759
TOTAL	47.367.201	24.296.783

Fonte: [ANS](#), em 15.03.2019.