watanabe & andreaci
advogados associados

E-BOOK · DIREITO MÉDICO E DA SAÚDE

DIREITO À SAÚDE:

quando seu plano de saúde falha

Seus direitos, como agir e os prazos que contam

NEGATIVAS | RECÉM-NASCIDO | CÂNCER | HOME CARE | DOENÇAS RARAS | REAJUSTE

Watanabe & Andreaci Advogados Associados

Dra. Márcia Valeria Moura Andreaci, OAB/SP 211.817

SUMÁRIO

Sobre este e-book		3
Como ler este e-book		4
01	Por que negativas podem ser revertidas	5
02	Documentação essencial	6
—	Checklist destacável	7
03	Prazos máximos da ANS	8
04	O caminho administrativo	9
05	Urgência e emergência	10
06	Negativas de reembolso	11
07	Obesidade e cirurgia reparadora	12
08	Terapias para autismo	13
09	Home care	14
10	Medicamentos	16
11	Gestante e parto de urgência	17
12	Recém-nascido e UTI neonatal	18
13	Tratamento para câncer	20
14	Doenças raras	22
15	"Experimental", off-label e fora do Rol	23
16	Descredenciamento da rede	25
17	Direito a acompanhante	26
18	Cancelamento sem justo motivo	27
19	Reajuste de plano de saúde	28
20	Portabilidade de carências	29
21	Por que um advogado especialista	30
22	Sobre a Dra. Márcia Andreaci	31
23	Próximos passos	32
Autoria e uso deste material		33

ESTRUTURA DE CADA TEMA

Cada capítulo segue a mesma sequência: **o direito**, depois **como agir** e, por fim, **os prazos** que contam a favor ou contra você.

SOBRE ESTE E-BOOK

Informação também é uma forma de cuidado

Este e-book nasceu de um desejo muito simples: informar. Depois de mais de 23 anos atuando na área da Saúde, a Dra. Márcia Andreaci reuniu neste material orientações que podem ajudar pacientes e famílias a compreender melhor seus direitos em momentos que, muitas vezes, chegam acompanhados de medo, insegurança e urgência.

Muitas pessoas deixam de questionar uma negativa, aceitam uma limitação ou desistem de buscar uma solução simplesmente porque não sabem que determinado direito existe. Ele não se limita à obrigatoriedade de cobertura pelos planos: aqui o paciente encontra informações sobre tratamento, medicamentos, internações, doenças graves e raras, recém-nascidos, urgência, autonomia, consentimento, segunda opinião e recusa terapêutica.

A proposta é aproximar o Direito da vida real, explicar de forma clara aquilo que parece complicado e ajudar você a perceber quando uma situação merece ser analisada com mais atenção.

> Este e-book não pretende apenas responder "o plano de saúde é obrigado a cobrir?". Ele pretende ajudar você a responder uma pergunta maior: quais são os meus direitos durante o cuidado com a minha saúde?

O direito do paciente não começa na negativa do plano. Ele existe desde o momento em que a pessoa procura atendimento: na forma como recebe informações, na maneira como o diagnóstico é explicado, na possibilidade de conhecer alternativas, na liberdade de fazer perguntas, na participação nas decisões e na continuidade do cuidado.

Conhecer os próprios direitos é o primeiro passo para poder exercê-los. Cada capítulo deste e-book foi escrito para ser lido isoladamente, quando aquela situação aparecer na sua vida.

Material informativo e educativo, atualizado em agosto de 2026. Não constitui consulta jurídica, diagnóstico médico ou promessa de resultado. Normas, regulamentos e entendimentos podem mudar. Cada caso exige análise individualizada do contrato, dos documentos e do quadro clínico.

COMO LER ESTE E-BOOK

Três blocos em cada tema

1

O DIREITO

O que a lei, a regulamentação da ANS e a jurisprudência garantem naquela situação específica.

2

COMO AGIR

O passo a passo prático: o que pedir, o que guardar, para quem reclamar e em que ordem.

3

PRAZOS

Os prazos que contam a favor ou contra você. Em saúde, quase sempre o tempo é parte do direito.

REGRA DE OURO

Nunca aceite uma negativa verbal. Peça sempre a recusa **por escrito**, com número de protocolo e o motivo apresentado pela operadora. Esse documento é o ponto de partida de tudo o que vem depois.

01 Por que muitas negativas podem ser revertidas

A alegação de que um procedimento, medicamento, cirurgia, terapia ou home care "não está no rol da ANS" ou "não está previsto no contrato" não encerra a discussão por si só. O Judiciário brasileiro tem, de forma consolidada, revisado negativas quando há indicação médica fundamentada e a exclusão contratual ou regulatória não se sustenta diante do caso concreto.

O mesmo vale para negativas de reembolso baseadas em exigências formais, como a alegação de que o prestador que emitiu a nota fiscal não estava registrado no CNES na data do atendimento. Esse tipo de exigência é interna à relação entre a operadora e a rede de prestadores, e sua invocação contra o beneficiário, que não tem meios de verificar esse cadastro no momento do atendimento, costuma ser levada à análise da boa fé objetiva e do dever de informação previstos no Código de Defesa do Consumidor.

Por isso, a experiência prática de mais de duas décadas nessa área mostra que a maioria das negativas merece, no mínimo, uma segunda análise técnica antes de ser aceita como definitiva.

NÃO ENCERRA A DISCUSSÃO

"Fora do Rol da ANS" · "Sem previsão contratual" · "Uso domiciliar" · "Existe outro tratamento"

MUDA A ANÁLISE

Indicação médica fundamentada · evidência científica · urgência demonstrada · contrato concreto

PONTO DE PARTIDA

Uma negativa por escrito não é a última palavra. É o documento de onde parte a análise.

02 Documentação essencial antes de reclamar

Antes de contestar uma negativa junto à operadora, à ANS ou à Justiça, reúna:

1. **Relatório médico bem fundamentado**, contendo:
   - anamnese completa;
   - CID (Classificação Internacional de Doenças);
   - indicação clara do tratamento, procedimento ou medicamento solicitado;
   - tempo de tratamento necessário;
   - urgência do caso, quando houver;
   - as consequências previsíveis da não realização do tratamento.
2. **Pedido médico** (quando o atendimento for por rede credenciada).
3. **Negativa por escrito da operadora**, com o número de protocolo e o fundamento apresentado.
4. **Comprovantes de pagamento**, quando se tratar de pedido de reembolso.
5. **Histórico de tentativas administrativas** (protocolos, datas, prints de conversas com a central de atendimento).

> Quanto mais completo o relatório médico, menor o espaço para a operadora alegar ausência de fundamentação técnica.

DESTAQUE ESTA PÁGINA

Checklist de documentos

Marque cada item antes de contestar a negativa junto à operadora, à ANS ou à Justiça.

- [ ] Relatório médico com anamnese, CID, indicação do tratamento, tempo necessário, urgência e consequências da não realização
- [ ] Pedido médico, quando o atendimento for por rede credenciada
- [ ] Negativa por escrito da operadora, com número de protocolo e fundamento
- [ ] Comprovantes de pagamento, em caso de pedido de reembolso
- [ ] Histórico de tentativas administrativas: protocolos, datas e prints de conversas
- [ ] Cópia do contrato do plano e do manual do beneficiário, se disponíveis
- [ ] Comprovantes de pagamento das mensalidades em dia
- [ ] Exames, prescrições, e-mails e mensagens trocadas com a operadora e com o hospital

BENEFICIÁRIO _____ DATA _____

03 Prazos máximos de atendimento previstos pela ANS

TIPO DE ATENDIMENTO	PRAZO MÁXIMO
Urgência e emergência	Imediato
Consultas básicas (pediatria, clínica médica, ginecologia/obstetrícia, cirurgia geral)	Até 7 dias úteis
Consultas com especialistas	Até 14 dias úteis
Sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista	Até 10 dias úteis
Exames laboratoriais	Até 3 dias úteis
Diagnóstico e terapia ambulatorial (demais exames e procedimentos)	Até 10 dias úteis
Alta complexidade e internação eletiva	Até 21 dias úteis

Prazos previstos na regulamentação vigente da ANS sobre atenção à saúde. Recomenda-se confirmar a redação atual em www.gov.br/ans antes de utilizar este quadro em qualquer comunicação formal, pois normas administrativas podem sofrer alteração.

SE O PRAZO ESTOURAR SEM RESPOSTA, VOCÊ PODE

Registrar reclamação no site da própria ANS

Registrar reclamação em plataformas públicas, como o Reclame Aqui

Abrir uma NIP junto à ANS, canal formal de mediação com a operadora

04 O caminho administrativo antes da Justiça

Sempre que possível, tente primeiro a via administrativa. Você mesmo pode abrir uma NIP e reclamações junto à operadora e à ANS, mas contar com um advogado especialista desde essa etapa tende a aumentar a qualidade da fundamentação técnica do pedido e, consequentemente, as chances de uma solução sem necessidade de ação judicial, embora a solução administrativa não seja a regra.

Além disso, reunir e formalizar essas tentativas mostra ao Judiciário, caso a via judicial seja necessária, que você buscou resolver o problema por todos os meios disponíveis antes de acionar a Justiça, o que reforça a demonstração de boa fé.

Se a via administrativa não resolver, reúna todos os documentos e números de protocolo e procure um advogado especialista em Direito da Saúde. Nenhum profissional responsável promete êxito: cada caso é único e depende de prova, contrato e circunstâncias próprias.

PRIMEIRO	DEPOIS	SE NECESSÁRIO
Operadora	ANS · NIP	Justiça
Protocolo e negativa por escrito	Mediação formal com a operadora	Com toda a documentação reunida

PRAZOS — A operadora tem prazo para responder à NIP aberta na ANS. Registre a data de cada protocolo: é ela que demonstra a demora.

05 Urgência e emergência

O DIREITO

Se você tem um plano de saúde ativo e precisa de atendimento de urgência ou emergência, a carência máxima permitida por lei é de **24 horas** a partir da assinatura do contrato (art. 12, V, "c", da Lei nº 9.656/1998). A operadora não pode alegar carência além desse prazo nessas situações.

COMO AGIR · PONTOS DE ATENÇÃO

1. Se, durante uma internação de urgência, oferecerem a você uma vaga no SUS, não aceite a transferência sem antes falar com um advogado.

2. Em muitos casos, o hospital solicita contratação particular alegando que o plano não cobriria o atendimento. Se o plano está ativo e o local está dentro da rede credenciada, essa exigência pode ser questionada.

3. É possível ser atendido fora da rede credenciada em urgência ou emergência, desde que se demonstre que o local era o mais próximo ou o único com condições de prestar aquele atendimento específico.

Diante de dúvida nesse tipo de situação, a vida vem em primeiro lugar: procure orientação jurídica o quanto antes, de preferência ainda durante o atendimento.

06 Negativas de reembolso: alegações comuns

Entre as justificativas mais frequentes para negar reembolso estão:

- Ausência do procedimento no rol da ANS
- Ausência de previsão contratual
- Prestador emissor da nota fiscal não registrado no CNES na data do evento
- Ausência de anexos ou documentos exigidos pela operadora
- Divergência entre o relatório médico e o procedimento faturado

Cada uma dessas alegações precisa ser analisada à luz do contrato específico, do histórico do atendimento e da real possibilidade de o beneficiário ter conhecimento prévio da exigência. Alegações puramente formais, que o consumidor não tinha como verificar no momento do atendimento, costumam ser as mais vulneráveis a questionamento.

COMO AGIR

Guarde nota fiscal, recibo, comprovante de pagamento, relatório médico e o protocolo do pedido de reembolso. Peça a recusa por escrito com o fundamento exato.

TEMA 07

Obesidade e cirurgia reparadora

O DIREITO

A obesidade é reconhecida como doença crônica, sem cura, apenas tratamento contínuo, e sua ausência de tratamento pode se associar a comorbidades graves, como diabetes, problemas cardiovasculares, ortopédicos e, em casos avançados, risco de morte. Esta é uma das áreas em que mais se observa negativa sob a justificativa de "finalidade estética".

Na cirurgia reparadora pós-bariátrica e na redução de mama, quando o procedimento tem finalidade funcional (correção de sequelas, dor, infecções de repetição, limitação de movimento), o eventual resultado estético é consequência, não o objetivo central da indicação.

COMO AGIR

1. Peça ao médico que registre a **tentativa prévia de tratamentos convencionais** sem resultado adequado.
2. Documente as **consequências funcionais**: dor, sequelas, infecções de repetição, limitação de movimento, comorbidades.
3. Guarde fotos, exames e o histórico completo do tratamento da obesidade, inclusive a cirurgia bariátrica anterior.

Não existe cobertura automática apenas pela indicação médica isolada: a análise depende do enquadramento contratual e dos critérios técnicos e regulatórios aplicáveis ao caso.

TEMA 08

Terapias para autismo e outras condições

O DIREITO

O tratamento multidisciplinar indicado para o espectro autista (fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, entre outros) **não deve ter a quantidade de sessões limitada** pela operadora quando há indicação médica de frequência e método específicos.

COMO AGIR

1. Peça relatório com o **método** indicado, a **frequência semanal** e a **duração** de cada sessão, por especialidade.
2. Registre por escrito qualquer corte de sessões, troca de terapeuta ou fila de espera imposta pela operadora.
3. Guarde a evolução clínica da criança: ela demonstra o prejuízo concreto da interrupção ou da redução.

PRAZOS	Sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista: até **10 dias úteis**, conforme os prazos da ANS da página 8.

TEMA 09

Home care: quem tem direito

O DIREITO

O home care é a continuidade de um tratamento médico na residência do paciente, realizado por equipe especializada. Os planos são obrigados a cobri-lo sempre que o serviço for prescrito pelo médico assistente como **substituto ou continuidade da internação hospitalar**.

Embora as operadoras aleguem que o serviço não consta de forma obrigatória no Rol da ANS, a jurisprudência do STJ consolidou o entendimento de que cláusulas contratuais que excluem o home care são abusivas. Se o plano cobre a doença e a internação em hospital, ele deve cobrir a internação em casa.

O QUE O HOME CARE OBRIGATORIAMENTE INCLUI

Profissionais

Visitas e plantões de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e visitas médicas.

Equipamentos

Camas hospitalares, concentradores de oxigênio, aspiradores e ventiladores mecânicos.

Insumos

Fraldas geriátricas de uso médico, curativos, sondas e a medicação de ambiente hospitalar.

A cobertura é limitada ao custo diário que a operadora gastaria na rede hospitalar.

O que o plano não é obrigado a cobrir

Cuidado para não confundir: existe diferença entre **atendimento à saúde** e **responsabilidade familiar assistencial**.

Cuidador de idosos ou de pessoas

Ajudar a dar banho, fazer comida, dar companhia, trocar roupa: a função do cuidador é considerada atividade leiga e de responsabilidade da família. O plano cobre apenas os técnicos de saúde (enfermagem, terapeutas).

Medicamentos comuns de uso oral

Remédios que o paciente já tomava em casa antes, ou que não possuem relação direta com os procedimentos da internação, continuam sob responsabilidade financeira do segurado.

COMO AGIR NA NEGATIVA DE HOME CARE

1. Peça ao médico assistente relatório que descreva o home care como **substituto da internação hospitalar**, com a complexidade do cuidado e a equipe necessária.
2. Liste equipamentos, insumos e frequência de visitas de cada profissional.
3. Exija a negativa por escrito e verifique se ela se apoia apenas em cláusula de exclusão do contrato.

TEMA 10

Medicamentos

O DIREITO

Medicamentos devidamente indicados por prescrição médica individualizada, com respaldo em evidência científica e nos demais requisitos técnicos e regulatórios aplicáveis, devem ser fornecidos pela operadora. Medicações injectáveis para controle de peso tendem a ter maior chance de cobertura quando há demonstração de tentativa prévia de tratamentos convencionais sem resultado adequado.

COMO AGIR

1. Guarde a prescrição individualizada, com dose, posologia e tempo de tratamento.
2. Verifique se o medicamento tem **registro na Anvisa** e qual é a indicação aprovada em bula.
3. Peça ao médico as **referências científicas** que sustentam a indicação e o motivo pelo qual as alternativas não servem.

ATENÇÃO

Se a recusa vier com a palavra “experimental”, vá ao tema 15, na página 23: off-label e fora do Rol não são sinônimos de experimental.

TEMA 11

Gestante e parto de urgência

O DIREITO

É comum a negativa de atendimento obstétrico de urgência sob alegação de carência ou de ausência de cobertura obstétrica no plano. Em situação de urgência ou emergência a carência máxima é de **24 horas**, e a negativa nessas circunstâncias é uma das mais questionáveis que existem.

A gestante tem direito a acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato.

COMO AGIR

1. Exija o registro da **urgência obstétrica** no prontuário e no relatório do plantonista.
2. Guarde o horário de chegada, o protocolo de atendimento e a recusa por escrito.
3. Não assine termo de responsabilidade financeira sem orientação, se o plano estiver ativo e o hospital for credenciado.

PRAZOS

Carência máxima em urgência e emergência: **24 horas** da assinatura do contrato. Atendimento: **imediato**.

TEMA 12

Recém-nascido e UTI neonatal

O DIREITO

Nos planos com cobertura hospitalar com obstetrícia, a Lei nº 9.656/1998 assegura cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os **primeiros 30 dias após o parto** — mesmo antes da inscrição formal como beneficiário.

A proteção não está necessariamente limitada ao filho do titular: o STJ já reconheceu que a lei usa a expressão "consumidor", permitindo, nas hipóteses legais, a inscrição também do recém-nascido filho de dependente do plano.

SITUAÇÕES COBERTAS NESSE PERÍODO

- UTI neonatal
- Internação hospitalar
- Prematuridade
- Cirurgia
- Atendimento cardiológico
- Suporte respiratório
- Exames de alta complexidade
- Infecções
- Malformações congênitas

PRAZO CRÍTICO

A inscrição do bebê como dependente **sem novas carências** deve ser pedida em até **30 dias** do nascimento ou da adoção. Não deixe para os últimos dias: providencie a inscrição e guarde o protocolo do pedido.

TEMA 12 · RECÉM-NASCIDO

O bebê completou 30 dias internado. O plano pode interromper?

O STJ já decidiu que é abusiva a interrupção do custeio de uma internação neonatal **já em andamento** apenas porque o bebê completou 30 dias de vida. Em casos analisados pelo Tribunal, recém-nascidos permaneceram internados após o 30º dia, inclusive em UTI neonatal, e o STJ reconheceu que a assistência deveria continuar até a alta médica.

Isso não significa que todas as situações após o 30º dia sejam idênticas: a inclusão da criança no contrato e a cobrança da mensalidade correspondente também precisam ser verificadas. Mas o plano não deve simplesmente abandonar um tratamento hospitalar em curso.

DOENÇA IDENTIFICADA NO NASCIMENTO

O fato de uma doença, síndrome ou malformação ter sido identificada no nascimento não autoriza automaticamente a negativa por doença preexistente. A própria ANS informa que não é possível alegar omissão de doença ou lesão preexistente em relação ao recém-nascido incluído no plano dentro do prazo aplicável de até 30 dias.

COMO AGIR · GUARDE IMEDIATAMENTE

- certidão ou declaração de nascimento
- protocolo do pedido de inclusão
- pedido de internação ou de UTI
- exames realizados
- protocolos de atendimento
- carteirinha e contrato do responsável
- relatório do pediatra ou neonatologista
- relatórios que indiquem a urgência
- negativa formal da operadora
- e-mails e mensagens

A ANÁLISE PRECISA SER RÁPIDA

Havendo internação, UTI ou risco clínico, não é recomendável esperar vários dias por sucessivas respostas administrativas. Pode ser necessário avaliar judicialmente uma tutela de urgência. A medida não é automática e depende da documentação e do contrato.

TEMA 13

Negativa de tratamento para câncer

O DIREITO

Planos de saúde possuem obrigação de cobertura para diversos tratamentos relacionados ao câncer, incluindo, conforme o caso: quimioterapia, radioterapia, cirurgias oncológicas, internações, exames de diagnóstico e acompanhamento, medicamentos antineoplásicos, determinados medicamentos de uso oral e procedimentos relacionados ao controle e à evolução da doença.

Mas existe um ponto importante: nem toda negativa é igual e nem todo tratamento possui cobertura automática. Quando o plano recusa, é preciso entender **por que** ele negou e se essa justificativa é juridicamente válida.

RESPOSTAS COMUNS QUE EXIGEM ANÁLISE

"Não está no Rol da ANS"

"O medicamento não tem cobertura"

"É de uso domiciliar"

"Não atende à Diretriz de Utilização"

"Existe outro tratamento disponível"

Essas justificativas, sozinhas, não significam necessariamente que o plano esteja correto. A análise exige comparar o diagnóstico, o tratamento prescrito, o relatório do oncologista, a urgência, as regras da ANS, o contrato e a legislação aplicável.

Em tratamento oncológico, o tempo importa

O QUE DEVE ACENDER O ALERTA

- o oncologista prescreveu um medicamento e o plano recusou
- a quimioterapia não foi autorizada
- houve recusa de radioterapia
- o plano negou uma cirurgia oncológica
- o tratamento começou e foi interrompido
- a operadora está demorando para autorizar
- o plano oferece tratamento diferente do indicado
- existe risco de progressão ou de metástase
- o paciente está sendo obrigado a pagar particular

O RELATÓRIO MÉDICO DEVE EXPLICAR

O diagnóstico e o estágio da doença; o tratamento indicado e por que é necessário; quando deve ser iniciado; os riscos da demora; o risco de progressão e de metástase; a possível perda de oportunidade terapêutica; e por que a alternativa sugerida pelo plano não seria adequada.

A pergunta correta não é "o plano pode negar?", e sim: este plano poderia negar ESTE tratamento, para ESTE paciente, com ESTE diagnóstico e com ESTA indicação médica?

14 Doenças raras

65

pessoas a cada 100 mil habitantes: o parâmetro do Ministério da Saúde para caracterizar uma doença rara

Estima-se que existam milhares de doenças raras. Dados do Ministério da Saúde apontam que cerca de 80% estão relacionadas a fatores genéticos, enquanto as demais podem decorrer de causas ambientais, infecciosas, imunológicas ou de outras origens.

Algumas aparecem ainda na infância, outras somente na vida adulta. Podem atingir diferentes órgãos e sistemas e, em muitos casos, apresentam caráter crônico, progressivo ou incapacitante.

ALGUNS EXEMPLOS

- Atrofia Muscular Espinhal (AME)
- Distrofia Muscular de Duchenne
- ELA
- Fibrose Cística
- Doença de Pompe
- Doença de Fabry
- Doença de Gaucher
- Mucopolissacaridoses
- Imunodeficiências raras

QUANDO O PLANO NEGA

Uma doença ser rara não significa que o plano possa recusar o tratamento simplesmente porque ele é caro, específico ou utilizado por poucos pacientes. Por outro lado, o diagnóstico também não torna automaticamente obrigatório qualquer medicamento existente.

QUAL É A DOENÇA + QUAL É O TRATAMENTO PRESCRITO + QUAL É A INDICAÇÃO MÉDICA + QUAL É A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA + QUAL FOI O MOTIVO DA NEGATIVA

Em doenças raras a análise é ainda mais técnica: muitas terapias possuem critérios específicos ligados à idade, ao estágio da doença, à mutação genética, à condição clínica e aos tratamentos anteriores.

TEMA 15

“Seu tratamento é experimental”

A Lei nº 9.656/1998 realmente permite excluir da cobertura os tratamentos clínicos ou cirúrgicos verdadeiramente experimentais. O problema é outro: nem todo tratamento chamado pelo plano de “experimental” é, juridicamente, um tratamento experimental.

O DIREITO

Segundo o entendimento do STJ, o tratamento experimental previsto na Lei dos Planos de Saúde é aquele incompatível com as normas de controle sanitário ou não reconhecido como eficaz pela comunidade científica. Não basta que a operadora escreva a palavra na negativa: é necessário verificar **por que** ela chegou a essa conclusão.

Off-label não é sinônimo de experimental

Um medicamento pode ter registro na Anvisa, ser usado regularmente na prática médica e, ainda assim, ser prescrito para indicação diferente da bula. O STJ já decidiu que a operadora não pode negar um medicamento registrado apenas porque a prescrição é off-label; em 2023, a Quarta Turma reafirmou esse entendimento.

Fora do Rol também não significa experimental

Desde a Lei nº 14.454/2022, a própria Lei dos Planos estabelece critérios para cobertura de tratamentos prescritos que não constem do Rol, entre eles a comprovação de eficácia baseada em evidências científicas e plano terapêutico (art. 10, § 13, da Lei nº 9.656/1998).

Três coisas diferentes com o mesmo nome

TRATAMENTO EXPERIMENTAL	Pode existir hipótese legal de exclusão de cobertura. É necessário verificar se o tratamento é realmente experimental nos termos da legislação e das normas sanitárias.
USO OFF-LABEL	O medicamento possui registro sanitário, mas é utilizado para indicação diferente da bula. Segundo precedentes do STJ, isso não autoriza automaticamente a negativa da operadora.
FORA DO ROL DA ANS	Não significa automaticamente tratamento experimental nem inexistência de cobertura. A Lei nº 14.454/2022 estabeleceu critérios legais específicos que devem ser analisados no caso concreto.

COMO AGIR

1. Solicite a resposta formal da operadora. Desde julho de 2025, a RN nº 623/2024 da ANS reforçou as obrigações quanto à clareza, adequação, precisão e rastreabilidade das respostas dadas ao beneficiário.
2. Guarde a negativa formal e o fundamento apresentado, a prescrição, o relatório completo, exames, artigos e estudos fornecidos pelo médico e os documentos de registro do medicamento.
3. Verifique se o medicamento tem registro na Anvisa: a ausência de registro envolve questões sanitárias próprias e não deve ser tratada como um uso off-label.

Se o seu tratamento foi negado porque o plano o chamou de "experimental", essa palavra não é o fim da discussão. Ela deve ser o começo da análise.

TEMA 16

Descredenciamento da rede

No descredenciamento de hospitais ou clínicas, a operadora não pode cortar o serviço sem aviso prévio, deixar o paciente sem substituto equivalente nem interromper tratamentos ou internações em andamento.

O QUE O PLANO NÃO PODE FAZER

AVISO	Descredenciar sem comunicação individual aos clientes com pelo menos **30 dias** de antecedência.
SUBSTITUTO	Reduzir o tamanho da rede: o local retirado precisa ser trocado por outro igual em qualidade e estrutura.
CONTINUIDADE	Cortar tratamento contínuo. Quem faz quimioterapia, hemodiálise, acompanhamento de gestação ou terapias regulares tem direito de terminar o procedimento no mesmo local.
INTERNAÇÃO	Interromper internação em curso: o hospital deve manter o atendimento até a alta médica segura, com custos do plano.
QUALIDADE	Oferecer opção inferior: o substituto não pode ter nível técnico menor nem distância muito superior que prejudique o acesso.

PRAZO	Aviso prévio individual de **30 dias**. A troca sem esses critérios é abusiva: consulte imediatamente um advogado especialista.

17 Tenho direito a acompanhante?

O direito ao acompanhante é garantido por leis federais e normas da ANS para consultas, exames, cirurgias e internações, aplicando-se a hospitais e clínicas da rede privada.

QUEM TEM DIREITO GARANTIDO POR LEI

Mulheres

Acompanhante maior de idade em qualquer consulta, exame, cirurgia ou procedimento, em estabelecimentos públicos ou privados (Lei nº 14.737/2023).

Crianças e adolescentes

Menores de 18 anos têm direito à permanência de um dos pais ou responsável em tempo integral durante internações (ECA).

Idosos

Pacientes com 60 anos ou mais internados ou em observação têm direito a acompanhante em tempo integral (Estatuto do Idoso).

Pessoas com deficiência

Garantia assegurada pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015).

Gestantes

Direito a acompanhante de escolha da mulher no trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato.

A entrada pode ser restrita apenas com justificativa técnica fundamentada da equipe médica (como UTIs com risco de infecção), nunca por regras internas arbitrárias do hospital. Em internações de idosos, crianças ou casos cobertos, o plano ou o hospital deve prover condições adequadas de permanência, incluindo alimentação quando prevista.

COMO AGIR EM CASO DE NEGATIVA

Exija a justificativa por escrito do hospital ou da clínica; registre reclamação na ouvidoria da operadora; acione a ANS, os órgãos de proteção ao consumidor ou a Defensoria Pública.

18 Cancelamento sem justo motivo

O DIREITO

Grande parte dos cancelamentos unilaterais de plano de saúde questionados judicialmente é revista pelo Judiciário quando não observados os requisitos legais e contratuais de **notificação prévia** e **motivação**.

COMO AGIR

1. Guarde a notificação de cancelamento e o envelope ou o e-mail com a data de recebimento.
2. Reúna os comprovantes de pagamento das mensalidades, que afastam a alegação de inadimplência.
3. Documente tratamentos em curso: eles são decisivos quando o cancelamento interrompe um cuidado continuado.
4. Se você tomou conhecimento do cancelamento sem notificação formal, procure um advogado especialista o quanto antes.

PRAZOS

Aja rapidamente: quanto mais cedo o cancelamento for questionado, maior a chance de preservar a continuidade do tratamento em curso.

19 Reajuste de plano de saúde

O DIREITO

O reajuste é legal, mas seu cálculo e sua justificativa (por sinistralidade, faixa etária ou índice técnico) frequentemente não resistem a uma análise técnica detalhada, o que pode gerar direito à revisão do valor e à restituição de valores pagos a maior nos últimos anos, observado o prazo prescricional aplicável.

Trocar de operadora sem essa análise costuma apenas adiar o problema: em poucos anos, o novo plano tende a apresentar o mesmo padrão de reajuste que motivou a troca anterior.

COMO AGIR

1. Reúna os boletos e o histórico de mensalidades de todos os anos, ano a ano.
2. Peça à operadora a **memória de cálculo** do reajuste e o percentual aplicado em cada aniversário do contrato.
3. Verifique o tipo de contrato: individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial. A regra de reajuste muda em cada um.

PRAZOS

A restituição de valores pagos a maior alcança apenas o período não atingido pela prescrição. Cada mês de espera pode significar uma parcela a menos a recuperar.

20 Portabilidade de carências

É possível migrar de plano de saúde sem cumprir nova carência, desde que observados os seguintes requisitos gerais:

— mensalidades do plano de origem em dia;

— permanência mínima de **2 anos** no plano de origem, na primeira portabilidade;

— permanência mínima de **3 anos** quando houve cumprimento de Cobertura Parcial Temporária por doença preexistente;

— permanência mínima de **1 ano** a partir da segunda portabilidade em diante;

— compatibilidade de faixa de preço entre o plano de origem e o de destino (ressalvadas regras de portabilidade involuntária, como demissão);

— emissão prévia do relatório de compatibilidade pelo Guia de Planos de Saúde da ANS.

Negativas de portabilidade que desrespeitem esses requisitos também podem ser questionadas.

Regras de portabilidade sujeitas a normas específicas da ANS. Recomenda-se confirmar a redação vigente em www.gov.br/ans antes de qualquer comunicação formal ao público.

PRAZOS	Antes de pedir a portabilidade, emita o relatório de compatibilidade no Guia da ANS e guarde o número do protocolo: ele comprova a data do pedido.

21 Por que contar com um advogado especialista

A via administrativa é sempre o primeiro passo recomendado. Mas quando ela não resolve, a atuação técnica de um advogado especializado em Direito da Saúde faz diferença real na condução do caso: na organização da documentação, na escolha da estratégia e na fundamentação jurídica do pedido.

Nenhum profissional sério promete resultado. Cada caso depende de prova, contrato e circunstâncias próprias, e a análise individualizada é sempre o ponto de partida.

Documentação

Organização e leitura técnica do relatório médico, do contrato e dos protocolos.

Estratégia

Escolha da via adequada e do pedido de urgência, quando cabível.

Fundamentação

Construção jurídica do pedido à luz do caso concreto.

22 Sobre a Dra. Márcia Valeria Moura Andreaci

Dra. Márcia Valeria Moura Andreaci, OAB/SP 211.817, é advogada sênior, sócia e coordenadora do escritório Watanabe & Andreaci Advogados Associados, com atuação profissional desde 2003 e mais de duas décadas dedicadas ao Direito Médico e da Saúde, planos de saúde e SUS.

É pós-graduada em Processo Civil pela Escola Paulista de Direito e em Direito Médico e da Saúde pela Universidade Cândido Mendes e pela Legale Educacional, além de coautora do livro “Perspectivas Integradas: Direito da Saúde em 360°” (Tirant) e Secretária da Comissão de Direito Médico e Saúde da OAB Guarulhos, gestão 2024-2027.

O escritório Watanabe & Andreaci Advogados Associados tem tradição desde 1982 e atuação em Guarulhos/SP desde 1983, com atendimento individualizado, técnico e humanizado a pessoas físicas, famílias e profissionais liberais.

MARCIA ANDREACI
ADVOGADA

Atendimento individualizado em Direito Médico e da Saúde, planos de saúde e SUS, para pacientes, famílias e profissionais da área.

1982	2003	Guarulhos/SP
TRADIÇÃO DO ESCRITÓRIO	INÍCIO DA ATUAÇÃO	ATUAÇÃO DESDE 1983

23 Próximos passos

Se você teve um tratamento negado, um reembolso recusado, um plano cancelado ou identificou um reajuste que parece desproporcional, reúna a documentação indicada neste e-book e solicite uma análise jurídica individualizada do seu caso.

FALE COM O ESCRITÓRIO

WHATSAPP

11 95762-4371

FIXO

+55 11 2461-4919

E-MAIL

atendimento@waassociados.adv.br

ENDEREÇO

Rua Dr. Ramos de Azevedo, 159 · sala 1605
Centro · Guarulhos/SP

INSTAGRAM

@dra.marciaandreaci · @waadvogados

Aponte a câmera e fale com a Dra. Márcia no WhatsApp

URGÊNCIAS

Internação, UTI, tratamento interrompido ou risco de alta sem indicação médica: escreva pelo WhatsApp informando que o caso é urgente.

watanabe & andreaci
advogados associados

Aviso legal: material informativo e educativo, atualizado em agosto de 2026. Não constitui consulta jurídica, diagnóstico médico ou promessa de resultado. Normas, regulamentos e entendimentos podem mudar. Cada caso exige análise individualizada do contrato, dos documentos e do quadro clínico.

Uma forma de agradecer

Para a Dra. Márcia Andreaci, compartilhar este conhecimento também é uma forma de gratidão. Gratidão por uma profissão que, ao longo de tantos anos, permitiu transformar conhecimento jurídico em orientação, proteção e caminhos possíveis para pessoas que precisavam ser ouvidas.

A advocacia em Saúde envolve muito mais do que processos. Envolve histórias, famílias, momentos delicados. E envolve, principalmente, a responsabilidade de estar ao lado de pessoas quando elas precisam compreender seus direitos e tomar decisões importantes.

AVISO SOBRE O USO DESTE MATERIAL

Este e-book é de autoria e elaboração da Dra. Márcia Andreaci e seu conteúdo é protegido pela legislação brasileira de direitos autorais. Ele é disponibilizado exclusivamente para fins informativos e educativos. Não é permitida sua comercialização por terceiros.

Também não é autorizada, sem consentimento expresso da autora:

- a reprodução integral do material
- a redistribuição com finalidade comercial
- a retirada ou substituição da autoria
- a venda ou revenda
- a adaptação como produto próprio
- o uso para criar material comercial de terceiros

A utilização pessoal e a leitura do conteúdo são livres dentro da finalidade para a qual este e-book foi disponibilizado. A reprodução de trechos, quando permitida pela legislação, deverá preservar e indicar a autoria.

Este e-book nasceu da experiência, da gratidão pela profissão e da certeza de que informação também é uma forma de cuidado.

AUTORIA E ELABORAÇÃO: DRA. MÁRCIA ANDREACI · TODOS OS DIREITOS RESERVADOS