

GUIA DO DIREITO À SAÚDE

**Sistema Público de Saúde (SUS),
medicamentos e planos de saúde**

Abril/2006

ÍNDICE

1. Apresentação	4
2. O sistema público de saúde	5
2.1. Introdução.....	5
2.2. Perguntas e respostas sobre o SUS.....	6
a) O que é o SUS?.....	6
b) Quais são meus direitos com relação ao SUS?.....	7
c) Onde e como faço valer o meu direito à saúde?.....	10
d) Preciso de uma consulta médica com rapidez e não consigo. O que fazer?	10
e) Como faço para conseguir que exames, tratamentos ou cirurgias solicitadas pelo médico sejam realizados em prazo razoável?.....	10
f) Em um caso grave, como agir para conseguir a internação?.....	11
g) É dever do SUS fornecer próteses, órteses e outros insumos para portadores de patologias ou deficiências? E se for para uso cirúrgico?	11
h) É obrigação do SUS fornecer medicamentos a todos?.....	11
i) Fui a um hospital e notei que nele é dado tratamento diferenciado aos pagantes ou beneficiários de planos de saúde, em relação àqueles que serão atendidos pela rede pública. Isso é permitido pela lei?.....	12
j) Em ida a hospital notei que são precárias as condições de higiene. Como devo agir para denunciar esse problema?.....	12
l) Em caso de internação no SUS, é permitida a permanência de acompanhante?	13
m) Tive um problema no SUS, tentei solucioná-lo administrativamente (através do envio de carta), mas não tive êxito. Há algo a se fazer?.....	13
3. Planos de saúde.....	14
3.1. Introdução.....	14
3.2. Glossário.....	14
3.3. Perguntas e respostas sobre planos de saúde.....	15
a) Quais os reajustes de planos de saúde possíveis e como acontecem?	15
b) A imposição de carências quando da contratação de plano de saúde é permitida por lei? Quais os prazos máximos?.....	17
c) Quais doenças podem ser consideradas preexistentes? O que acontece quando contrato um plano de saúde sendo portador de uma preexistência? 18	
d) Existem tipos diferentes de coberturas de planos de saúde? Qual a diferença?	19
e) Quais coberturas são obrigatórias para os planos de saúde? E quais não são?	19
f) O plano de saúde pode descredenciar prestadores de serviço a qualquer momento, sem me avisar?.....	20
g) É permitida a exigência de cheque-caução antes da internação?.....	21
Tenho um plano empresarial e fui demitido. Posso continuar com o plano? E se eu me aposentar?	21
h) Sou obrigado a adaptar meu contrato antigo de plano de saúde?.....	22

i) Os planos de saúde estão sujeitos ao que dispõe o Código de Defesa do Consumidor?.....	22
j) Ao contratar um plano de saúde, a que devo estar atento?.....	22
l) Se meus direitos de consumidor não forem respeitados pelo plano de saúde, o que faço?.....	24
4. Medicamentos.....	27
4.1. Introdução.....	27
4.2. Perguntas e respostas sobre medicamentos.....	27
a) Como os medicamentos devem ser armazenados?.....	27
b) Meu plano de saúde é obrigado a me fornecer medicamentos? E o SUS?.....	28
c) A lei permite que se faça publicidade de medicamentos?.....	28
d) Qual a diferença entre os medicamentos sem tarja e tarjados?.....	29
e) Qual a diferença entre medicamentos genéricos e similares? Eles têm o mesmo efeito dos medicamentos convencionais?.....	30
f) O que são medicamentos homeopáticos? E fitoterápicos?.....	31
g) Houve ingestão acidental de medicamento. O que fazer?.....	32
h) Quando devo suspeitar que um medicamento é falsificado?.....	32
i) Como faço para comprar medicamento fracionado?.....	33
5. Modelos de cartas de reclamações e de representação ao Ministério Público.....	35

1. Apresentação

Em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, e com o objetivo de auxiliar o cidadão/consumidor na defesa de seus direitos, o Idec elaborou este GUIA DO DIREITO À SAÚDE, com orientações sobre o sistema público de saúde (SUS), planos de saúde e medicamentos.

O formato escolhido foi o de perguntas e respostas, procurando-se abordar as principais questões sobre os três temas acima mencionados. Além de orientações sobre direitos, ao final deste guia estão disponibilizados modelos de cartas e de representação ao Ministério Público.

A equipe do Idec espera que esse material possa ajudá-lo na defesa do direito à saúde que, lembre-se, é direito fundamental de todo e qualquer ser humano, garantido pela Constituição.

O Dia Mundial da Saúde

Instituído pela Organização Mundial da Saúde, na ocasião da sua fundação, em 7 de abril de 1948, o dia mundial da saúde é celebrado todos os anos pelos seus 191 países membros, baseando-se no direito à saúde do cidadão, consagrado no artigo 196 da Constituição brasileira como um direito de todos e dever do Estado.

Referido direito envolve, principalmente, a existência de políticas que reduzam o risco da propagação de quaisquer males à saúde, bem como busca proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos.

O principal objetivo deste dia é mobilizar e chamar a atenção da sociedade para questões relativas à saúde humana, conferindo destaque aos principais problemas relativos à saúde e incentivando ações para combatê-los. Todos os anos um tema diferente é escolhido como foco principal das discussões e debates promovidos ao redor do mundo. Este ano, o dia mundial da saúde será dedicado aos profissionais da área.

2. O sistema público de saúde

2.1. Introdução

Há mais de 15 anos o Brasil vem implantando o Sistema Único de Saúde, o SUS, criado para ser o sistema de saúde dos 170 milhões de brasileiros, sem nenhum tipo de discriminação. Está enganado quem pensa que o SUS se resume a consultas, exames e internações. O sistema hoje faz muito com poucos recursos e também se especializou em apresentar soluções para casos difíceis, como o atendimento aos doentes de Aids e os transplantes.

O orçamento do SUS conta com menos de R\$ 20,00 reais mensais por pessoa. Isso é dez vezes menos do que é destinado pelos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e bem abaixo do valor de qualquer mensalidade de um plano de saúde.

Por outro lado, os planos privados de saúde, que atendem 35 milhões de brasileiros, estão longe de representar a solução para a saúde no Brasil. É ilusão achar que os planos prestam serviços de qualidade. Além de custarem caro, muitas vezes negam o atendimento quando o cidadão mais precisa: deixam de fora medicamentos, exames, cirurgias e dificultam o atendimento dos cidadãos idosos, dos pacientes crônicos, dos portadores de patologias e deficiências. Alguns donos de planos de saúde já compararam os doentes e idosos a “carros batidos”. Como só visam o lucro, eles preferem ter como “clientes” apenas os jovens e os saudáveis.

O Idec sempre atuou na defesa dos usuários de planos de saúde e continuará nessa batalha. Mas, por não acreditar que os planos sejam a solução, nem para os atuais usuários, muito menos para toda a população, é que decidiu participar da luta pela melhoria dos serviços públicos e orientar os cidadãos quanto aos seus direitos junto ao SUS. O Idec espera que, um dia, os consumidores deixem de ser reféns dos planos de saúde e possam fazer valer o dinheiro pago com seus impostos.

Vale ressaltar que, em alguma medida, mesmo quem tem um plano de saúde é também usuário do SUS, já que se beneficia das campanhas de vacinação; das ações de prevenção e de vigilância sanitária (como controle de sangue e hemoderivados, registro de medicamentos etc.); ou de eventual atendimento de alta complexidade, quando este é negado pelo plano de saúde. Como você pode ver, o SUS não está tão longe quanto parece.

2.2. Perguntas e respostas sobre o SUS

a) O que é o SUS?

A saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado. Para cumprimento desse dever, foi criado em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado (um hospital, por exemplo), quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público.

O SUS é único, porque tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma lógica. Além disso, o SUS:

- É **universal** porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades; e sem cobrar nada, sem levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social.

- É **integral**, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida e, sim, deve ser tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana.

- Garante **equidade**, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um; dar mais para quem mais precisa.

- É **descentralizado**, pois quem está próximo dos cidadãos tem mais chances de acertar na solução dos problemas de saúde. Assim, todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo. A Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, tem que ser responsável por todos os serviços localizados na cidade.

- É **regionalizado e hierarquizado**: os serviços de saúde devem estar dispostos de maneira regionalizada, pois nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e todo tipo de problemas de saúde. Os serviços de saúde devem se organizar regionalmente e também obedecer a uma hierarquia entre eles. As questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado.

- Prevê a **participação do setor privado**: as ações serão feitas pelos serviços públicos e de forma complementar pelo setor privado, preferencialmente

pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos, por meio de contrato administrativo ou convênio, o que não descaracteriza a natureza pública dos serviços.

- Deve ter **racionalidade**: o SUS deve se organizar para oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais freqüentes em cada região. Uma cidade não pode, por exemplo, manter um hospital e não dispor de unidades básicas de saúde.

- Deve ser **eficaz e eficiente**: deve prestar serviços de qualidade e apresentar soluções quando as pessoas o procuram ou quando há um problema de saúde coletiva. Deve usar da racionalidade, utilizar as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível.

- Deve promover a **participação popular**: o SUS é democrático porque tem mecanismos de assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema - governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços, as comunidades e a população. Os principais instrumentos para exercer esse controle social são os conselhos e as conferências de saúde, que devem respeitar o critério de composição paritária (participação igual entre usuários e os demais); além de ter caráter deliberativo, isto é, ter poder de decisão.

b) Quais são meus direitos com relação ao SUS?

São seus direitos:

- Ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação da sua saúde.

- Ter acesso gratuito, mediante financiamento público, aos medicamentos necessários para tratar e restabelecer sua saúde.

- Ter acesso ao atendimento ambulatorial em tempo razoável para não prejudicar sua saúde. Ter à disposição mecanismos ágeis que facilitem a marcação de consultas ambulatoriais e exames, seja por telefone, meios eletrônicos ou pessoalmente.

- Ter acesso a centrais de vagas ou a outro mecanismo que facilite a internação hospitalar, sempre que houver indicação, evitando que, no caso de doença ou gravidez, você tenha que percorrer os estabelecimentos de saúde à procura de um leito.

- Ter direito, em caso de risco de vida ou lesão grave, a transporte e atendimento adequado em qualquer estabelecimento de saúde capaz de receber o caso, independente de seus recursos financeiros. Se necessária, a transferência

somente poderá ocorrer quando seu quadro de saúde tiver estabilizado e houver segurança para você.

- Ser atendido, com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado para o atendimento.

- Ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

- Ser acompanhado por pessoa indicada por você, se assim desejar, nas consultas, internações, exames pré-natais, durante trabalho de parto e no parto. No caso das crianças, elas devem ter no prontuário a relação de pessoas que poderão acompanhá-las integralmente durante o período de internação.

- Identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

- Ter autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a serem realizados.

- Se você não estiver em condição de expressar sua vontade, apenas as intervenções de urgência, necessárias para a preservação da vida ou prevenção de lesões irreparáveis, poderão ser realizadas sem que seja consultada sua família ou pessoa próxima de confiança. Se, antes, você tiver manifestado por escrito sua vontade de aceitar ou recusar tratamento médico, essa decisão deverá ser respeitada.

- Ter liberdade de escolha do serviço ou profissional que prestará o atendimento em cada nível do sistema de saúde, respeitada a capacidade de atendimento de cada estabelecimento ou profissional.

- Ter, se desejar, uma segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento, podendo, inclusive, trocar de médico, hospital ou instituição de saúde.

- Participar das reuniões dos conselhos de saúde; das plenárias das conferências de saúde; dos conselhos gestores das unidades e serviços de saúde e outras instâncias de controle social que discutem ou deliberam sobre diretrizes e políticas de saúde gerais e específicas.

- Ter acesso a informações claras e completas sobre os serviços de saúde existentes no seu município. Os dados devem incluir endereços, telefones,

horários de funcionamento, mecanismos de marcação de consultas, exames, cirurgias, profissionais, especialidades médicas, equipamentos e ações disponíveis, bem como as limitações de cada serviço.

- Ter garantida a proteção de sua vida privada, o sigilo e a confidencialidade de todas as informações sobre seu estado de saúde, inclusive diagnóstico, prognóstico e tratamento, assim como todos os dados pessoais que o identifiquem, seja no armazenamento, registro e transmissão de informações, inclusive sangue, tecidos e outras substâncias que possam fornecer dados identificáveis. O sigilo deve ser mantido até mesmo depois da morte. Excepcionalmente, poderá ser quebrado após sua expressa autorização, por decisão judicial, ou diante de risco à saúde dos seus descendentes ou de terceiros.

- Ser informado claramente sobre os critérios de escolha e seleção ou programação de pacientes, quando houver limitação de capacidade de atendimento do serviço de saúde. A prioridade deve ser baseada em critérios médicos e de estado de saúde, sendo vetado o privilégio, nas unidades do SUS, a usuários particulares ou conveniados de planos e seguros saúde.

- Receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, urgência, duração e alternativas de solução. Devem ser detalhados os possíveis efeitos colaterais de medicamentos, exames e tratamentos a que será submetido. Suas dúvidas devem ser prontamente esclarecidas.

- Ter anotado no prontuário, em qualquer circunstância, todas as informações relevantes sobre sua saúde, de forma legível, clara e precisa, incluindo medicações com horários e dosagens utilizadas, risco de alergias e outros efeitos colaterais, registro de quantidade e procedência do sangue recebido, exames e procedimentos efetuados. Cópia do prontuário e quaisquer outras informações sobre o tratamento devem estar disponíveis, caso você solicite.

- Receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas, digitadas ou escritas em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão.

- Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, o atestado de origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

- Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, o que deve seguir rigorosamente as

normas de experimentos com seres humanos no país e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital ou instituição.

- Não ser discriminado nem sofrer restrição ou negação de atendimento, nas ações e serviços de saúde, em função da idade, raça, gênero, orientação sexual, características genéticas, condições sociais ou econômicas, convicções culturais, políticas ou religiosas, do estado de saúde ou da condição de portador de patologia, deficiência ou lesão preexistente.

- Ter um mecanismo eficaz de apresentar sugestões, reclamações e denúncias sobre prestação de serviços de saúde inadequados e cobranças ilegais, por meio de instrumentos apropriados, seja no sistema público, conveniado ou privado.

- Recorrer aos órgãos de classe e conselhos de fiscalização profissional visando a denúncia e posterior instauração de processo ético-disciplinar diante de possível erro, omissão ou negligência de médicos e demais profissionais de saúde durante qualquer etapa do atendimento ou tratamento.

c) Onde e como faço valer o meu direito à saúde?

O Idec preparou uma cartilha chamada **[“O SUS pode ser o seu melhor plano de saúde”](#)**, na qual podem ser encontradas orientações sobre qual órgão deve ser procurado em cada situação.

d) Preciso de uma consulta médica com rapidez e não consigo. O que fazer?

Todo cidadão deve ter seu direito à saúde respeitado. A demora excessiva no agendamento de consulta médica representa ofensa à Constituição, que estabelece como fundamento do país democrático em que vivemos a dignidade da pessoa humana e dispõe ser a saúde direito de todos e dever do Estado, que tem obrigação de proporcionar um atendimento integral.

Além disso, tal demora também fere o que determina a própria lei de criação do SUS (Lei 8.080/90), que garante o acesso aos serviços de saúde de maneira eficaz e sem qualquer discriminação.

Sendo assim, você deve encaminhar uma carta ao Diretor do Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde, com cópia ao Secretário Municipal de Saúde, requisitando que seu direito seja respeitado. No capítulo 5 há um modelo de carta.

e) Como faço para conseguir que exames, tratamentos ou cirurgias solicitadas pelo médico sejam realizados em prazo razoável?

Assim como no caso de demora no agendamento de consultas, a demora na realização de exames, tratamentos ou cirurgias também pode levar ao agravamento do estado de saúde do cidadão. Sendo assim, tem-se mais uma situação de lesão à dignidade humana e ao direito à saúde.

Para exigir a realização de exames, tratamentos ou cirurgias em prazo razoável escreva uma carta ao Diretor do Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde, com cópia ao Secretário Municipal de Saúde. No capítulo 5 há um modelo de carta.

f) Em um caso grave, como agir para conseguir a internação?

Assim como nos dois últimos casos, o cidadão deve escrever uma carta ao Diretor do Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde, com cópia ao Secretário Municipal de Saúde, exigindo que a internação seja realizada imediatamente. Veja modelo de carta no capítulo 5.

g) É dever do SUS fornecer próteses, órteses e outros insumos para portadores de patologias ou deficiências? E se for para uso cirúrgico?

Sim, é dever do SUS fornecer gratuitamente próteses, órteses e outros insumos para portadores de patologias e deficiências, assim como aqueles necessários para a realização de ato cirúrgico.

Caso esse fornecimento seja negado ou aconteça a cobrança de qualquer quantia, tem-se lesão à dignidade do cidadão, assim como ao seu direito à saúde. É dever do Estado proporcionar atendimento à saúde integral a todos os cidadãos, eficaz e sem qualquer tipo de discriminação.

Além disso, existe um decreto (decreto 3.298/99, artigo 18) que determina expressamente que está incluída na assistência integral à saúde a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares, o que, portanto, deve ser fornecido gratuitamente, às custas do sistema público de saúde.

Havendo negativa de fornecimento de tais insumos ou a tentativa de sua cobrança, encaminhe carta ao Diretor do Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde, com cópia ao Secretário Municipal de Saúde, exigindo o fornecimento do insumo necessário. Veja modelo de carta no capítulo 5.

h) É obrigação do SUS fornecer medicamentos a todos?

Sim. Todos, sem nenhuma distinção ou discriminação, têm direito a receber do SUS os medicamentos necessários para tratar de seu problema de saúde. Tal obrigação decorre do reconhecimento, na Constituição Federal, da dignidade humana como fundamento da existência do Estado brasileiro e do direito à saúde como um direito de todos.

Atribui-se ao Poder Público o dever de garantir o atendimento integral à saúde de todos os cidadãos, sem qualquer distinção. Tal atendimento integral, que deve ser prestado pelo SUS, abrange a assistência farmacêutica, ou seja, o fornecimento de medicamentos. Dessa forma, ainda que o medicamento receitado não esteja na lista daqueles considerados essenciais pelo governo, deve ser obrigatoriamente fornecido pelos estabelecimentos de saúde que fazem parte do SUS.

Se houver negativa de fornecimento do medicamento receitado, escreva uma carta ao Diretor do Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde, com cópia ao Secretário Municipal de Saúde, exigindo que o medicamento seja fornecido. No capítulo 5 existem modelos de cartas que podem ajudá-lo.

i) Fui a um hospital e notei que nele é dado tratamento diferenciado aos pagantes ou beneficiários de planos de saúde, em relação àqueles que serão atendidos pela rede pública. Isso é permitido pela lei?

Infelizmente, é prática corrente em alguns hospitais a dispensa de tratamento diferenciado no atendimento médico e ambulatorial àqueles que possuem planos de saúde ou remuneraram diretamente o serviço prestado. Existem até mesmo muitos casos em que a porta de entrada no hospital é diferenciada para aqueles que podem pagar.

Todavia, tal prática é discriminatória e contraria frontalmente o disposto na Constituição Federal, que estabelece como fundamento do país democrático em que vivemos a dignidade da pessoa humana e dispõe ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado. Também desrespeita o princípio constitucional da impessoalidade, que impõe ao Poder Público o dever de não favorecer nem discriminar quem quer que seja por motivos pessoais, como, por exemplo, condições financeiras de quem solicita o serviço público.

Sendo constatada a ocorrência desse tipo de prática discriminatória, deve o cidadão denunciá-la e exigir que seja dispensado tratamento igualitário a todos no acesso aos serviços de saúde. Para tanto, a atitude inicial consiste no endereçamento de carta ao Diretor do Hospital, Pronto-Socorro, Unidade ou Serviço de Saúde, com cópia ao Secretário Municipal de Saúde, cujo modelo se encontra no capítulo 5.

j) Em ida a hospital notei que são precárias as condições de higiene. Como devo agir para denunciar esse problema?

Para garantia de tratamento eficaz dispensado em unidades de saúde e, mais, de que o paciente não terá sua condição de saúde agravada, indispensável que sejam mantidas todas as condições de higiene.

É dever do SUS a execução de ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica, o controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de

interesse para a saúde, além do controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

À Vigilância Sanitária cabe a fiscalização dos estabelecimentos hospitalares, a fim de que seja garantida a preservação da limpeza e da higiene desses locais, evitando a proliferação de doenças.

Sendo assim, constatada a falta de higiene em hospitais e outras unidades de saúde, deve o cidadão escrever carta ao Diretor da Vigilância Sanitária da cidade ou do Estado, com cópia ao Secretário de Saúde e ao Diretor da unidade de saúde em questão, exigindo que seja cumprido o seu papel de fiscalização e que as devidas providências para higienização e limpeza do estabelecimento sejam tomadas. Veja modelo de carta no capítulo 5.

l) Em caso de internação no SUS, é permitida a permanência de acompanhante?

Se o paciente internado for menor de 18 (dezoito) anos de idade, lhe é assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Para os idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, é igualmente assegurado o direito a um acompanhante, por conta do que dispõe o Estatuto do Idoso.

As parturientes também têm direito a acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05. O acompanhante da parturiente terá direito a acomodações adequadas e às principais refeições durante a internação. Os hospitais públicos e os conveniados com o SUS terão o prazo de 6 (seis) meses, contados a partir de 06 de dezembro de 2005, para se adequarem à Portaria 2.418 do Ministério da Saúde, que especifica este direito.

Nos demais casos, não há direito a acompanhante.

m) Tive um problema no SUS, tentei solucioná-lo administrativamente (através do envio de carta), mas não tive êxito. Há algo a se fazer?

Caso o envio de carta não tenha surtido efeito, e o desrespeito ao direito à saúde permaneça, procure o Ministério Público. Para tanto, você pode ir pessoalmente ao órgão ou enviar uma representação. Veja modelo no capítulo 5.

As informações sobre saúde pública constantes desse guia baseiam-se nas orientações ao cidadão contidas na cartilha “O SUS pode ser o seu melhor plano de saúde”, elaborada pelo Idec. Para acessá-la, [clique aqui](#).

3. Planos de saúde

3.1. Introdução

Segundo dados da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar¹, atualmente são 35.736.773 beneficiários de planos de saúde no Brasil. Desses, quanto ao momento de contratação, 40,1% são contratos antigos e 59,9% são contratos novos. Com relação ao tipo de contratação, 63,1% dos contratos são coletivos e 22,4% são individuais². Se isolado apenas o universo dos contratos novos, o número de contratações coletivas aumenta para 74,9%.

Dos dados acima se pode chegar a algumas conclusões. Primeiramente, ainda são muitos os contratos antigos, sendo estes os mais sujeitos a aumentos abruptos, que mais têm gerado discussões no Poder Judiciário. Além disso, fica explícita uma tendência mercadológica: os planos coletivos estão em expansão e os individuais tendem a desaparecer; ao mesmo tempo, a ANS reluta em regular esse tipo de plano, criando ambiente propício para a geração de novos conflitos entre consumidores e operadoras.

Em regra geral, o descontentamento dos beneficiários de planos de saúde reside no binômio custo/qualidade. Como exemplos pode-se citar os aumentos de mensalidades (anuais, por idade e por sinistralidade) e os cortes de despesas que refletem na qualidade do serviço prestado (descredenciamento de prestadores de serviços).

3.2. Glossário

Entenda o significado de alguns termos utilizados nesse capítulo sobre planos de saúde:

- **ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar é responsável pela regulação do setor de planos de saúde.
- **Operadoras de planos de assistência à saúde ou simplesmente operadoras:** qualquer modalidade de pessoa jurídica que oferece serviços de assistência à saúde (empresas de medicina de grupo, seguradoras, autogestões, cooperativas médicas).
- **Planos novos ou contratos novos:** contratos firmados a partir de 1999 para os quais se aplica a nova legislação de planos de saúde, além do Código de Defesa do Consumidor.

¹ Fonte: *Informações sobre Beneficiários, Operadoras e Planos*, nov/05, in [http://www.ans.gov.br/portal/upload/consultas/Caderno de informa%27%2F5es sobre benefici%27rios, Operadoras e Planos - Edi%27%2E3o Novembro.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/consultas/Caderno_de_informa%27%2F5es_sobre_benefici%27rios,_Operadoras_e_Planos_-_Edi%27%2E3o_Novembro.pdf).

² Os 14,5% dos contratos restantes não tiveram o tipo de contratação identificado.

- **Planos antigos ou contratos antigos:** contratos firmados até dezembro de 1998, para os quais se aplica o Código de Defesa do Consumidor.

3.3. Perguntas e respostas sobre planos de saúde

a) Quais os reajustes de planos de saúde possíveis e como acontecem?

Existem três tipos de reajustes de planos de saúde permitidos pela lei: anual, por faixa etária e por sinistralidade.

Reajuste anual

O reajuste de mensalidades é permitido, mas deve atender a determinadas regras. A primeira delas é que o critério de reajuste esteja claramente previsto no contrato (art. 6º, III do Código de Defesa do Consumidor e art. 16, XI da Lei 9.656/98 - este último artigo só vale para os novos contratos) e tenha periodicidade igual ou superior a 12 (doze) meses (art. 28 da Lei 9.069/95).

Os reajustes dos contratos individuais e familiares novos devem ser previamente aprovados pela ANS. O Idec entende que o "teto" de aumento estabelecido pela ANS deve ser usado como parâmetro para os consumidores que têm contratos antigos verificarem se o reajuste imposto em seu plano é abusivo ou não. Além desse parâmetro, os índices oficiais de inflação acumulados no período de 12 (doze) meses também servem para ajudar os consumidores a constatarem eventual abuso.

Reajuste por faixa etária

Uma regra geral, válida para todos os contratos, independentemente da data de sua celebração, é a proibição do aumento por mudança de faixa etária se não houver previsão expressa e clara no contrato quanto às faixas etárias e os respectivos percentuais de aumento que incidirão em cada faixa. Na hipótese de não existir esta previsão, trata-se de prática abusiva e, portanto, ilegal (artigos 6º, III e IV, 46 e 51, X do Código de Defesa do Consumidor, Portaria 3/99 da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça e arts. 15 e 16, IV da Lei 9.656/98 - as disposições desta última lei só se aplicam aos contratos firmados a partir de 1999).

Além desta regra geral, há outras que são aplicadas de acordo com a data de assinatura do contrato.

Para os contratos assinados a partir de 1999:

Para os contratos firmados entre janeiro de 1999 e dezembro de 2003 ou adaptados à Lei 9656/98 neste período, é proibido o aumento por mudança de faixa etária para os maiores de 60 anos que estejam no mesmo plano (ou em plano sucessor, caso o plano original tenha sido comprado por outra empresa de assistência à saúde) há mais de 10 (dez) anos. Com exceção desta situação, os

aumentos por mudança de faixa etária foram autorizados (artigo 15, parágrafo único da Lei 9.656/98). Os aumentos podem ocorrer em 5 (cinco) faixas etárias: I - 0 (zero) a 17 (dezesete) anos; de 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos; de 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos; de 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos; de 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos; de 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos; e, de 70 (setenta) anos em diante. A variação de preço entre a primeira e a última faixa não pode ser superior a 500% (quinhentos por cento). E, segundo a mesma norma, a empresa pode distribuir como quiser os percentuais de aumento (Resolução 6 do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar).

O Idec entende que se houver um percentual de aumento muito alto de uma só vez, mesmo que previsto em contrato, tratar-se-á de uma cláusula contratual abusiva (art. 51, IV, parágrafo 1º e incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor).

Para os contratos firmados ou adaptados à Lei 9656/98 a partir de 1º de janeiro de 2004:

Não pode haver aumento a partir dos 60 (sessenta) anos (artigo 15, parágrafo 3º da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso). Antes de atingir essa idade, o consumidor pode sofrer aumento por mudança de faixa etária. A legislação em vigor fixou 10 (dez) faixas etárias: I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais. A referida norma definiu ainda que o máximo de aumento a título de mudança de faixa etária que o consumidor poderá sofrer, no total, é de 500% (quinhentos por cento); sendo que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação entre a primeira e a sétima faixa (Resolução Normativa 63 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar).

O Idec entende que se houver um percentual de aumento muito alto de uma só vez, mesmo que previsto em contrato, tratar-se-á de uma cláusula contratual abusiva (art. 51, IV, parágrafo 1º e incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor) e, portanto, passível de questionamento.

ATENÇÃO: no caso de plano familiar o reajuste só pode ser aplicado sobre o valor pago pelo consumidor que sofreu a mudança de faixa etária.

Reajuste por sinistralidade

É também chamado de reajuste técnico e quer dizer o aumento imposto pela empresa de assistência à saúde aos conveniados em função da variação do número de eventos (sinistros) verificados no total de consumidores vinculados à empresa, dentro de determinado período.

O Idec entende que este aumento é ilegal, porque significa uma variação de preço unilateral, sem prévia e adequada previsão contratual (art. 51, IV, X e XV, parágrafo 1º, incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor).

b) A imposição de carências quando da contratação de plano de saúde é permitida por lei? Quais os prazos máximos?

Sim, a lei permite que sejam impostos prazos de carência para a utilização de determinados serviços pelo consumidor contratante de plano de saúde. As carências possíveis são:

Cobertura parcial temporária

É assim denominada a carência de 24 (vinte e quatro) meses para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade imposta aos consumidores que têm doença ou lesão preexistente e têm contratos novos, isto é, firmados a partir de 1999 (art. 11 da Lei 9.656/98 e Resoluções 2, 4 e 15 do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar). A relação dos procedimentos sujeitos a essa carência está disposta na Resolução 68 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, acessível pelo site www.ans.gov.br.

A empresa de assistência à saúde só poderá negar ou suspender o serviço se provar que o consumidor sabia da existência da doença quando da contratação do plano e não informou à empresa.

Carência para utilização do plano

Os contratos antigos, isto é, aqueles assinados até 1998, não têm uma regra específica relativa aos períodos de carência para utilização do plano. No caso concreto, o consumidor terá que avaliar se a carência imposta é excessiva e, portanto, abusiva (art. 51, IV, parágrafo 1º, I a III, Código de Defesa do Consumidor).

Já os contratos novos, isto é, aqueles firmados a partir de 1999, podem sofrer carências, mas com os limites fixados em lei (arts. 10, parágrafos 4º, 11 e 12, V, Lei 9.656/98):

- 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência ou emergência;
- 10 (dez) meses para parto;
- 06 (seis) meses para os procedimentos em geral (consultas, exames, internações hospitalares);
- 24 (vinte e quatro) meses para um extenso rol de procedimentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Para os contratos coletivos novos, isto é, assinados a partir de 1999, também existem regras específicas:

1 - Se o contrato coletivo for empresarial, ou seja, aquele em que a adesão dos beneficiários (funcionário ou associado ou sindicalizado) é automática, não poderá haver carências. Exceção: se tiver menos que 50 (cinquenta) pessoas, será permitida a exigência do cumprimento de "carência", mas somente para as doenças e lesões preexistentes, conforme fixado pela lei (arts. 10, parágrafos 4º e 11, Lei 9.656/98).

2 - Se o contrato coletivo for por adesão, isto é, aquele em que a adesão do consumidor (funcionário, associado ou sindicalizado) é opcional, poderá ser exigido o cumprimento dos prazos de carência estabelecidos pela lei (art. 12, V, Lei 9.656/98). Exceção: para os contratos com 50 (cinquenta) ou mais participantes, não poderá haver "carência" para as doenças ou lesões preexistentes.

Carência por atraso no pagamento é ilegal

A prática de suspender os serviços, ou seja, impor carência durante um período em razão do atraso no pagamento da mensalidade de plano de saúde, é proibida (art. 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor). Para os planos novos, isto é, aqueles firmados a partir de 1999, aplica-se ainda a nova legislação (art. 13, II, Lei 9.656/98), que também veda essa prática lesiva.

c) Quais doenças podem ser consideradas preexistentes? O que acontece quando contrato um plano de saúde sendo portador de uma preexistência?

É definida como preexistente a doença ou lesão que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador à época da contratação do plano.

Muitos contratos antigos prevêm cláusula de exclusão de cobertura às doenças preexistentes. O Idec considera ilegal a negativa de atendimento para essas doenças (art. 51, IV, XV, parágrafo 1º, incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor), assim como o Poder Judiciário já decidiu em muitos casos concretos que é abusiva e, portanto, nula tal cláusula contratual, sendo dever da empresa de assistência médica garantir o atendimento.

Para os contratos novos, isto é, os contratos firmados a partir de janeiro de 1999, pode haver limitação de cobertura para as doenças e lesões preexistentes durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses da vigência do contrato; mas apenas se a empresa provar que a doença se manifestou antes da contratação e provar também que o consumidor tinha conhecimento da doença. É importante ficar claro que se o consumidor não tinha conhecimento da doença, esta não pode ser enquadrada como doença preexistente e, portanto, a cobertura não pode ser negada.

Em caso de doença preexistente, não haverá exclusão integral de atendimento, mas sim uma "carência", chamada tecnicamente de cobertura parcial temporária, de 24 (vinte e quatro) meses para eventos cirúrgicos, leitos de alta

tecnologia e procedimentos de alta complexidade previstos no elenco da Resolução 68 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (art. 11 da Lei 9.656/98 e Resoluções 2, 4 e 15 do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar), acessível pelo site www.ans.saude.gov.br.

d) Existem tipos diferentes de coberturas de planos de saúde? Qual a diferença?

Sim. A legislação, além do chamado plano referência, que tem ampla cobertura (consultas, exames, internações e partos), criou também os planos segmentados. Assim, a empresa de plano de saúde pode oferecer um plano apenas com a cobertura ambulatorial, ou apenas hospitalar (com ou sem obstetrícia), plano odontológico e ainda fazer combinações entre eles. Deve haver no mercado operadoras que ofereçam plano ambulatorial – só para consultas e exames. Mas, ao contratar um plano de saúde não se esqueça de que as internações são os procedimentos mais caros.

e) Quais coberturas são obrigatórias para os planos de saúde? E quais não são?

As coberturas obrigatórias dependem do tipo de plano de saúde (veja a questão anterior). Assim, no plano ambulatorial não são cobertos procedimentos hospitalares, mas apenas consultas e exames e, no plano hospitalar não estão cobertas consultas e exames, a não ser aqueles necessários durante a internação.

Com relação às doenças, a Lei 9.656/98 diz que devem ser cobertas pelos planos de saúde todas as que estão listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial da Saúde. Por sua vez, a Resolução Normativa 82 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelece os procedimentos cobertos, destacando também os procedimentos sujeitos à cobertura parcial temporária (“carência”) por 24 meses, quando relacionados à doença ou lesão preexistente.

Estão textualmente excluídos da cobertura dos planos de saúde:

- tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- inseminação artificial;
- tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Para os contratos antigos, não há regulamentação específica, aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor. Na opinião do Idec, é ilegal a negativa de cobertura (artigo 51, IV, XV, parágrafo 1º, incisos I a III, Código de Defesa do Consumidor), já que a finalidade do contrato é garantir a assistência à saúde. O Poder Judiciário já decidiu em muitos casos concretos no mesmo sentido.

f) O plano de saúde pode descredenciar prestadores de serviço a qualquer momento, sem me avisar?

Não, esse tipo de procedimento é ilegal.

Descredenciamento de hospitais

Para os contratos firmados a partir de janeiro de 1999, é admitida a substituição do hospital desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar com 30 (trinta) dias de antecedência. A comunicação prévia só não é necessária para os descredenciamentos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor (art. 17, parágrafo 1º da Lei 9.656/98).

Na hipótese de haver necessidade de redimensionamento da rede hospitalar para sua redução, a empresa deve justificar e solicitar autorização expressa da ANS, ficando obrigada a manter a cobertura da assistência hospitalar aos consumidores com padrões de qualidade equivalente e sem qualquer ônus (art. 17 da Lei 9.656/98).

Para os contratos antigos, isto é, os contratos assinados até 1998, o Idec entende ser proibido o descredenciamento de hospital vinculado à rede de prestadores de serviço da empresa de assistência à saúde, a não ser que haja uma situação excepcional. Nesta hipótese, os consumidores deverão ser previamente avisados e deverá ocorrer substituição por outro hospital do mesmo nível (art. 51, XIII do Código de Defesa do Consumidor e art. 17 da Lei 9.656/98, este último dispositivo legal se aplica por analogia).

Descredenciamento de médicos e laboratórios

É proibido a empresa de assistência à saúde descredenciar médicos e/ou laboratórios vinculados à rede de prestadores de serviço (art. 51, XIII do Código de Defesa do Consumidor), a não ser que haja uma situação excepcional. Nesta hipótese, os consumidores deverão ser previamente avisados e deverá ocorrer substituição por outro profissional do mesmo nível.

Descredenciamento durante a internação

Se o consumidor estiver internado e o descredenciamento ocorrer por vontade da empresa de assistência médica, o hospital deverá manter a internação e a empresa arcar com as despesas da internação até a alta hospitalar (art. 17, parágrafo 2º da Lei 9.656/98). Se o descredenciamento do hospital decorrer de vontade deste, o Idec entende ser direito a manutenção da internação custeada pela empresa de plano de saúde (art. 39, V do Código de Defesa do Consumidor e art. 17, parágrafo 2º da Lei 9.656/98, este último dispositivo legal por analogia).

Para os contratos antigos, isto é, os contratos assinados até 1998, o Idec entende ser proibido o descredenciamento de hospital vinculado à rede de prestadores de serviço da empresa de assistência à saúde (art. 51, XIII do Código de Defesa do Consumidor), a não ser que haja uma situação excepcional. Nesta hipótese, deverá ser mantida a internação hospitalar, arcando a empresa de plano de saúde com as despesas da internação até a alta do paciente.

g) É permitida a exigência de cheque-caução antes da internação?

É proibido exigir do consumidor, em qualquer hipótese, cheque caução ou qualquer outra forma de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço para utilização dos serviços de assistência à saúde (art. 39, V, do Código de Defesa do Consumidor, art. 156 do novo Código Civil e Resolução Normativa 44 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar de 24/07/03). Já há decisões da Justiça nesse sentido.

Tenho um plano empresarial e fui demitido. Posso continuar com o plano? E se eu me aposentar?

O consumidor beneficiário de plano coletivo empresarial tem direito a manter o contrato em caso de demissão ou aposentadoria.

A Lei 9656/98 estabeleceu que aposentados e ex-funcionários podem continuar como beneficiários de planos coletivos apenas quando tiverem contribuído para o pagamento das mensalidades (artigo 30). Contudo, o Idec entende que mesmo o funcionário que não contribui tem o direito de manter o vínculo com a empresa de assistência à saúde na modalidade de plano individual ou familiar. Nesta hipótese, será obrigado a arcar com o pagamento integral do plano, mas não terá que se submeter às carências já cumpridas (art. 39, II e V do Código de Defesa do Consumidor).

Aqueles que tenham contribuído com o plano de saúde por mais de 10 anos tem o direito de manter o contrato pelo resto da vida, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho. Já aqueles que contribuíram por período inferior, têm direito a manter o contrato de plano de saúde por tempo equivalente ao tempo de contribuição. Expirado esse prazo, o Idec entende que o consumidor tem o direito de manter o

vínculo com a empresa de assistência à saúde na modalidade de plano individual ou familiar.

h) Sou obrigado a adaptar meu contrato antigo de plano de saúde?

A adaptação de contrato à nova legislação é uma opção do consumidor. Não é obrigatória (artigo 35 da Lei 9656/98 e Resolução Normativa 64 da ANS).

De modo algum a empresa pode fazer qualquer tipo de pressão, sendo conduta nesse sentido ilegal e de extrema gravidade.

Para avaliar as vantagens e desvantagens de adaptar o contrato é preciso considerar vários aspectos como: preço da mensalidade com o aumento da adaptação, os reajustes que incidirão ao longo dos anos, a cobertura do contrato antigo e do contrato novo, a disponibilidade pessoal de se socorrer da Justiça, entre outros.

i) Os planos de saúde estão sujeitos ao que dispõe o Código de Defesa do Consumidor?

Sim, sem dúvida. Os planos de saúde antigos estão sujeitos somente ao Código, enquanto os contratos novos devem respeitar a Lei 9.656/98 e também atender o Código de Defesa do Consumidor.

j) Ao contratar um plano de saúde, a que devo estar atento?

Abaixo seguem algumas dicas que podem ajudá-lo no momento da contratação do plano de saúde:

- ✓ Leia o contrato antes de assiná-lo.
- ✓ Verifique se a operadora possui registro na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Confirme essa informação junto à própria Agência.
- ✓ Exija uma cópia do contrato para guardá-lo e consultá-lo sempre que necessário.
- ✓ Exija também uma cópia da relação dos prestadores credenciados. Esse livreto é parte integrante do contrato. Verifique a data no interior do livro. Caso essa data não seja encontrada ou seja muito antiga, solicite, por escrito, a atualização da rede credenciada. Vale a pena ressaltar nessa correspondência que, se não for comunicada qualquer alteração, será seu direito utilizar qualquer um dos profissionais apresentados na rede que lhe foi entregue, já que é parte integrante do contrato.
- ✓ Muitas operadoras se utilizam da figura de um corretor para intermediar a contratação do plano de saúde. Saiba que as informações e "promessas"

do corretor obrigam a operadora a cumpri-las, já que se trata de seu representante, autorizado a comercializar seus produtos em seu nome (Código de Defesa do Consumidor, artigos 30 e 34). Por isso, exija tudo por escrito, pois, mais tarde, se necessário, será mais fácil exercer seus direitos.

- ✓ Além dos preços iniciais dos planos de saúde, é importante também já fazer a conta do reajuste por variação de faixa etária, para saber se será possível suportar os aumentos que virão ao longo do tempo.
- ✓ Somente depois de considerar os preços e reajustes dos planos de saúde, equacioná-los com o orçamento doméstico, e com as necessidades e características suas e de toda a família (como a existência de doenças preexistentes, pessoas idosas, mulheres em idade fértil, entre tantas outras), o consumidor deverá escolher o plano de saúde ideal ou possível. Mas antes dessa decisão, vale a pena se informar acerca dos serviços públicos de saúde de sua cidade, que podem ser satisfatórios.
- ✓ A “compra” de carências já cumpridas em outra empresa é uma prática bastante comum desse setor. Contudo, muitas empresas fazem restrições ao universo dos usuários que podem ser beneficiados, limitando a participação dos idosos e/ou portadores de doenças preexistentes. Se a “compra” de carências for uma “garantia” dada pelo corretor (ou atendente), faça-o escrever, e, além disso, apesar dessas informações já serem suficientes para vincular a empresa, vale a pena consultá-la formalmente (por escrito). Se efetivada, solicite cópia das regras da “compra” de carência (normalmente aditivo contratual) de maneira detalhada, para evitar confusões futuras.
- ✓ A declaração de saúde é um documento que o consumidor deve preencher ao contratar um plano de saúde. O objetivo dessa declaração é constatar a eventual existência de doenças ou lesões preexistentes e, a partir daí, determinar a redução da cobertura (cobertura parcial temporária) durante os dois primeiros anos de contrato ou o agravamento (agravo) da mensalidade (aumento da mensalidade para ter a cobertura integral). Por isso é um documento muito importante, do qual você deve exigir uma cópia.
- ✓ Não omita doenças ou lesões ao preencher a declaração de saúde. Esse comportamento pode ser caracterizado como fraudulento. Caso a operadora comprove essa omissão, pode cancelar o plano de saúde, além de cobrar por todos os atendimentos relacionados à doença preexistente que tenha fornecido ao consumidor (artigo 13 lei 9656/98).
- ✓ Não se deixe influenciar por corretores ou atendentes. Preencha a declaração de saúde de acordo com a verdade e em caso de dúvidas solicite orientação médica, que é um direito assegurado pela legislação.

- ✓ Lembre-se: doença ou lesão preexistente é aquela que o consumidor sabe ser portador quando da contratação do plano de saúde (resoluções CONSU nº 2 e 15). Assim, o que vale é seu conhecimento sobre seu estado de saúde.
- ✓ Diante de questionamentos genéricos, detalhe, na própria declaração de saúde, a doença ou lesão da qual é portador.
- ✓ Ao preencher a “declaração de saúde”, sempre que afirmar sim para lesões ou doenças passadas e já curadas, faça essa observação por escrito na própria declaração de saúde. Se o questionamento for acerca de hábitos ou uso de medicamentos, deixe claro, se for o caso, que você não é portador de preexistente segundo a legislação.
- ✓ Exija, por escrito, da operadora, a declaração quanto ao enquadramento como portador de preexistente ou não, especialmente se tiver respondido SIM para alguma das perguntas da declaração de saúde.
- ✓ Exija também o detalhamento dos procedimentos que serão passíveis de exclusão durante 24 meses e, se for de seu interesse, o valor da mensalidade com o agravado.
- ✓ Para negar cobertura durante os dois primeiros de contrato alegando tratar-se de preexistente não declarada pelo consumidor, a operadora tem que comprovar que ele sabia da doença ou lesão ao contratar o plano e simplesmente a omitiu. Diante de uma negativa indevida, envie uma reclamação à ANS, por escrito, solicitando a abertura de um procedimento administrativo para apurar os fatos. Até uma conclusão da Agência, nenhum atendimento pode ser negado ao consumidor.

1) Se meus direitos de consumidor não forem respeitados pelo plano de saúde, o que faço?

1º passo: procure o fornecedor

A melhor forma de resolver um problema é amigavelmente. Por isso, o Idec recomenda que o consumidor tente, em primeiro lugar, entrar em contato com o fornecedor, expondo seu problema e exigindo uma solução.

É importante formalizar a reclamação por carta, fax ou e-mail e guardar uma prova de que você reclamou. Se optar por carta, envie-a com aviso de recebimento (AR) ou leve-a pessoalmente e exija um protocolo de recebimento. Se você quiser ou se o caso exigir maior rigor, pode remetê-la pelo Cartório de Títulos e Documentos. Nunca se esqueça de guardar uma cópia da carta com você e o AR/protocolo, pois são as provas de que a correspondência foi enviada e recebida.

O contato por telefone também pode ser utilizado, mas é o canal menos recomendável, pois o consumidor não ficará com uma prova de que reclamou de fato. Anote o dia e a hora em que fez a reclamação. Se a empresa dispuser de registro de reclamação (protocolo), peça o número e guarde.

Veja alguns modelos de cartas no capítulo 5.

2º passo: procure o Procon

Se você procurou o fornecedor e não conseguiu resolver o problema, ou se você prefere não procurá-lo, a alternativa é entrar em contato com um órgão de defesa do consumidor. Procure o Procon de sua cidade, ou do Governo do Estado onde não existir o municipal. Ele será o "intermediário" entre você e a empresa. O Procon não representa o consumidor judicialmente, as suas tentativas de negociação serão extrajudiciais.

Os endereços dos Procons podem ser obtidos no site:

<http://www2.mj.gov.br/controleprocon/frmLogon.aspx>

3º passo: procure a Imprensa

Uma outra forma de tentar resolver o seu problema e dar publicidade ao ocorrido, alertando outros consumidores, é relatar o caso para a imprensa (jornais, revistas, rádios). Muitos deles têm espaços reservados para as queixas dos consumidores.

4º passo: Procure a Justiça – Juizado Especial Cível ou Justiça Comum

Caso a empresa se recuse a resolver o problema, mesmo com a participação do órgão de defesa do consumidor, a saída é recorrer à Justiça. Se a causa tiver valor de até 40 salários mínimos, você pode optar pelo Juizado Especial Cível (JEC): é mais rápido do que a Justiça Comum, os procedimentos são mais simples, em primeira instância não há necessidade de se recolher custas processuais, nem pagar honorários advocatícios caso perca a ação, e nas causas de até 20 salários mínimos a presença de advogado não é obrigatória. Mesmo em causas de valor superior a 40 salários mínimos ainda é possível recorrer ao JEC, desde que você renuncie ao valor excedente. Em geral, na Justiça Comum os honorários advocatícios são mais altos.

Caso a causa exceda 40 salários mínimos e não valha a pena renunciar ao excedente, você poderá entrar com uma ação na Justiça Comum. Para tanto, procure um advogado de sua confiança.

Se você não puder contratar um advogado, procure os locais que oferecem assistência judiciária gratuita.

As orientações acima são baseadas na Autoconsulta e na cartilha “Defenda-se online – Planos de Saúde”. A Autoconsulta é parte integrante da área exclusiva do associado do Idec, na qual podem ser encontrados mais informações e modelos de cartas. A cartilha online pode ser acessada [aqui](#).

4. Medicamentos

4.1. Introdução

Pesquisa da Organização Mundial da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, revela que o brasileiro gasta 19% de sua renda familiar com saúde, e, desse percentual, estima-se que 61% sejam destinados à compra de medicamentos.

Esses números explicam o porque de muitos pacientes não comprarem os medicamentos prescritos por médicos da rede pública – e até de planos de saúde -, quando não conseguem obtê-los gratuitamente nos postos de distribuição. Explicam também porque 51% dos que ganham até quatro salários mínimos por mês consomem apenas 16% dos medicamentos vendidos no Brasil, enquanto os que ganham acima de dez salários mínimos são responsáveis por 48% dos gastos com remédios.

É um quadro que está longe de garantir a efetivação do direito constitucional à saúde, do qual o acesso ao medicamento é um dos componentes.

O que muita gente não sabe é que o acesso aos medicamentos não deveria depender da “boa vontade” dos governantes. Trata-se de direito fundamental para a garantia de vida digna, que deve ser respeitado.

4.2. Perguntas e respostas sobre medicamentos

a) Como os medicamentos devem ser armazenados?

Em casa, os medicamentos devem ser armazenados com especial atenção, principalmente quando houver na residência crianças e idosos. O local de armazenamento deve ser arejado, sem umidade, longe do sol ou de fonte de calor.

Acomode os medicamentos em uma caixa, que pode ser tanto de papelão quanto plástica, desde que tenha uma tampa que impeça o acesso de insetos. Identifique de maneira visível: MEDICAMENTO - CUIDADO. Para evitar a ingestão acidental de medicamentos, não os deixe soltos em gavetas, dentro de vasos, potes, objetos de decoração ou de qualquer outra forma que permita o acesso de animais domésticos, crianças ou idosos.

Procure com regularidade arrumar e limpar sua "caixa de medicamentos". O vazamento de líquido, por exemplo, pode comprometer os outros medicamentos armazenados. Por isso, medicamentos líquidos que estão vazando devem ser descartados. Verifique a data de validade dos medicamentos guardados e lembre-se que medicamentos vencidos não devem ser consumidos.

Com relação ao estabelecimento de venda (ou distribuição) de medicamentos, o consumidor deve observar com atenção as condições de armazenamento. Falta de limpeza de pisos, instalações danificadas, prateleiras empoeiradas, proximidade dos produtos com pontos de calor, exposição ao sol e paredes úmidas constituem condições inadequadas de armazenamento.

Produtos de perfumaria, de higiene pessoal ou cosméticos não devem ficar em contato direto com os medicamentos. A acomodação de medicamentos nas prateleiras não deve ter empilhamento excessivo, pois as embalagens podem ser danificadas, comprometendo o produto.

Medicamentos de venda livre, especialmente aqueles apresentados em forma de comprimidos, em geral ficam acondicionados em gôndolas. Nesse caso, as bulas devem ser disponibilizadas no mesmo local para consulta ou serem apresentadas quando solicitadas.

Existem medicamentos que exigem refrigeração, como, por exemplo, alguns tipos de insulina. Observe as condições da geladeira, se realmente mantém a temperatura recomendada para a conservação das características inerentes ao produto, não comprometendo inclusive a validade do mesmo.

Todo estabelecimento deve ser inspecionado pela Vigilância Sanitária Municipal. Portanto, se houver qualquer irregularidade, denuncie.

b) Meu plano de saúde é obrigado a me fornecer medicamentos? E o SUS?

Os planos de saúde são obrigados a fornecer todos os medicamentos necessários durante a internação hospitalar. Todavia, essa obrigatoriedade não se estende para casos em que o tratamento é domiciliar.

Já o SUS (Sistema Único de Saúde) tem obrigação de fornecer o medicamento, seja durante a internação, seja para tratamento em casa. Isso porque a Constituição Federal determina que todo cidadão tem direito de obter, gratuitamente, os medicamentos necessários para o tratamento da sua saúde, mesmo que não estejam na lista oficial dos chamados medicamentos essenciais. Os postos de saúde devem, obrigatoriamente, fornecer os medicamentos ao cidadão.

c) A lei permite que se faça publicidade de medicamentos?

Considerando a potencial periculosidade dos medicamentos, a publicidade de tais produtos sofre restrições (art.220, § 4º, Constituição Federal). É proibida, em regra, a publicidade de medicamentos dirigida para o consumidor final (arts. 57 e 58, Lei 6360/76 e art. 7º, Lei 9.294/96).

Admite-se, em meios de comunicação social que atingem qualquer tipo de público, tão somente a publicidade dos medicamentos de venda livre, desde que seja acompanhada de mensagem de advertência, escrita ou falada, sobre os malefícios dos medicamentos e da seguinte frase: "Ao persistirem os sintomas, um médico deverá ser consultado".

O Código de Defesa do Consumidor determina que a publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor, fácil e imediatamente, a identifique como tal. Portanto, o consumidor deve reconhecer que se trata de uma publicidade, não se admitindo o "merchandising" do produto, ou seja, a inserção em programas, novelas, entre outras formas de programação da mídia em geral (art.36, Código de Defesa do Consumidor).

O responsável pela publicidade deve manter a disposição dos interessados os dados fáticos, técnicos e científicos que dão sustentação à mensagem publicitária. O medicamento deve ser testado em laboratórios, para que seu desempenho e seus efeitos sejam conhecidos e a sua eficácia seja comprovada (art.36, parágrafo único do CDC). A publicidade não pode conter afirmações que não sejam cientificamente comprovadas, nem pode utilizar depoimentos de profissionais que não sejam legalmente qualificados para fazê-lo.

É permitida a veiculação de publicidade de qualquer tipo de medicamento em publicações especializadas, dirigidas direta e especificamente para profissionais de saúde. Entretanto, geralmente revistas ficam à disposição dos pacientes em salas de espera dos consultórios, atingindo, portanto, o consumidor final, o que é proibido por lei.

O Idec é contra a veiculação de publicidade de qualquer tipo de medicamento, ainda que de venda livre, por se tratar de produto considerado agente tóxico, ainda que potencialmente, que pode colocar a vida do consumidor em risco, se não usado corretamente. Cabe ao médico prescrever medicamentos e não a anúncios publicitários.

Confira no site www.conar.org.br as regras do Código de Auto Regulamentação Publicitária específicas para medicamentos de venda livre, como por exemplo a proibição de associação da venda de medicamentos a promoções ou concursos. No mesmo endereço eletrônico você encontra súmulas e casos julgados pelo Conselho de Auto Regulamentação Publicitária, que promove a ética na veiculação de propagandas.

d) Qual a diferença entre os medicamentos sem tarja e tarjados?

O medicamento é um produto considerado agente tóxico, responsável por 28% das intoxicações humanas, segundo o atendimento da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (www.fiocruz.br/sinitox).

Para alertar sobre o grau de toxicidade do produto existem as tarjas coloridas impressas em destaque nas embalagens.

Os medicamentos que não apresentam tarja são considerados de venda livre e, portanto, não exigem a apresentação de receita médica. Contudo, o Idec recomenda que os consumidores apenas usem medicamentos receitados por médico. Atenção: o uso e o consumo dos medicamentos, mesmo sendo de venda livre, devem ocorrer de acordo com as informações da embalagem, especialmente a dosagem. Fique atento para as contra-indicações e possíveis reações adversas. Não desaparecendo os sintomas, procure um médico.

Os medicamentos de tarja vermelha devem ser vendidos mediante a apresentação de receita médica. Qualquer venda descumprindo essa exigência deve ser denunciada. Os medicamentos que apresentam tarja preta exigem um tipo especial de receita e cópia, porque uma via, constando o nome, identificação (RG ou CPF) e endereço do consumidor, ficará retida na farmácia ou drogaria.

e) Qual a diferença entre medicamentos genéricos e similares? Eles têm o mesmo efeito dos medicamentos convencionais?

Para entender a diferença entre medicamentos genéricos e similares, é necessário primeiro saber o que é medicamento de referência: é o medicamento que pode ser copiado por outros fabricantes depois de vencida a patente, que é o direito de propriedade do laboratório que o desenvolveu e testou antes de colocá-lo no mercado. Geralmente o medicamento de referência está a bastante tempo no mercado e tem marca comercial bem conhecida. Ele é chamado de referência porque qualquer outro fabricado com o mesmo princípio ativo deve apresentar as mesmas propriedades dele, ou seja, deve fazer o mesmo efeito.

Medicamento genérico é aquele que tem as mesmas propriedades do medicamento de referência comprovadas por testes de bioequivalência. Por isso os genéricos são considerados intercambiáveis com os de referência, o que quer dizer que o paciente pode usar tanto um como o outro. O medicamento genérico não tem nome fantasia, só o da substância que é o seu princípio ativo. Na rede pública de saúde, os médicos têm obrigatoriamente que receitar os remédios pelo nome do princípio ativo. Na embalagem, eles são identificados por uma tarja amarela, sobre a qual é impressa uma letra G bem evidente e a inscrição Medicamento Genérico.

Já o medicamento similar é aquele que usa um nome comercial ou marca, contém o mesmo princípio ativo do medicamento de referência, a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação de medicamento de referência anteriormente registrado no país. Não podem ser intercambiáveis com o medicamento de referência por não ter passado por testes de bioequivalência, como acontece com o genérico. Desde setembro de 2001 os medicamentos similares têm de usar uma marca fantasia e não mais a do princípio ativo, para não ser confundidos com os genéricos. A Anvisa divulga informações a

respeito de medicamentos similares eventualmente retirados do mercado, por não atender a exigências da legislação, no site www.anvisa.gov.br/divulga/noticias.

Fique atento:

- Peça ao médico que receite os remédios pelo nome genérico.
- Se o médico insistir em determinada marca, peça explicações claras sobre isso.
- Compre os medicamentos em farmácias de confiança e com o farmacêutico presente.
- Na farmácia, não aceite qualquer substituição. Um medicamento de referência pode ser substituído pelo genérico equivalente, mas não aceite um similar, que também pode ter nome de marca, mas não há comprovação de equivalência, como no caso do genérico. Só o farmacêutico responsável está autorizado a substituir um remédio receitado por outro equivalente. Em último caso, só aceite uma substituição depois de ouvir o médico.

f) O que são medicamentos homeopáticos? E fitoterápicos?

Medicamentos fitoterápicos são os que têm princípio ativo extraído de plantas. São também cada vez mais utilizados. Mais informações podem ser obtidas pelo endereço eletrônico <mailto:fitoterapico@anvisa.gov.br>.

A origem do medicamento homeopático está na tintura mãe ou matriz. Esta substância é submetida a um processo chamado de dinamização (diluição e agitações sucessivas), desaparecendo as suas moléculas e ficando apenas a energia da substância impressa nas moléculas de água e álcool que são os diluentes universais dos medicamentos homeopáticos.

A sua venda, em geral, se efetiva em farmácias magistrais, através da manipulação ou preparação do produto "aviando-se a receita médica" para aquele paciente, sendo necessária a identificação do seu nome na embalagem do produto.

Os medicamentos homeopáticos atuam de forma contrária dos medicamentos alopáticos (medicamentos convencionais). Ou seja: o princípio da homeopatia é tratar o doente com substâncias que causam os mesmos sintomas da doença, só que em doses muito pequenas. A homeopatia já é bastante utilizada atualmente e faz parte dos meios de tratamento oferecidos pelo SUS. Maiores informações no site www.aph.org.br (Associação Paulista de Homeopatia).

Assim como os demais medicamentos, os fitoterápicos e homeopáticos devem apresentar e cumprir as exigências legais e sanitárias. Portanto, devem obrigatoriamente apresentar informações, entre outras, sobre prazo de validade, composição, farmacêutico responsável, indicação completa do fornecedor e quantidade.

g) Houve ingestão acidental de medicamento. O que fazer?

A intoxicação por medicamentos ocorre principalmente com crianças e idosos. O CEATOX - Centro de Assistência Toxicológica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, através do www.ceatox.com.br, orienta os consumidores e os profissionais de saúde para prestar os primeiros socorros.

Atenção, os procedimentos recomendados objetivam atender à urgência do momento, propiciando condições adequadas para o transporte até um hospital ou centro de saúde mais próximo.

h) Quando devo suspeitar que um medicamento é falsificado?

A falsificação de qualquer produto é crime. Em se tratando de falsificação de medicamentos, o crime é agravado e a pena pode ser aumentada (art.76, V, Código de Defesa do Consumidor).

O Código de Defesa do Consumidor considera impróprios ao uso e consumo os produtos falsificados; o fornecedor que colocar no mercado medicamentos nessas condições estará sujeito a sanções administrativas (multa) e penais (detenção/reclusão).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA coloca à disposição endereço eletrônico (www.anvisa.gov.br/medicamentos/falsificados/evita_compra/htm) com dicas para que o consumidor não compre medicamentos falsificados. A seguir, algumas delas:

- 1) Só tome medicamentos se receitados por seu médico;
- 2) Nunca compre medicamentos em feiras e camelôs; só compre em farmácias e drogarias, preferencialmente as que você já conhece;
- 3) Cuidado com promoções e liquidações: preços muito baixos podem indicar que o produto é roubado ou falsificado;
- 4) Exija sempre a nota fiscal da farmácia ou drogaria e guarde-a, juntamente com a embalagem, cartela ou frasco do medicamento, pois em caso de irregularidade eles serão seu comprovante para dar queixa;
- 5) Se o medicamento deixar de fazer efeito procure imediatamente seu médico;
- 6) Na hora da compra, verifique sempre na embalagem do medicamento se:
 - consta data de validade;
 - se o nome do medicamento está bem impresso e pode ser lido facilmente;
 - se não há rasgos, rasuras ou alguma informação que tenha sido apagada ou rasgada;
 - se consta o nome do farmacêutico responsável pela fabricação, o número de seu registro no Conselho Regional de Farmácia (deve ser o mesmo do Estado em que a fábrica do medicamento está instalada), e o número do lote;
 - se consta o número de registro do medicamento no Ministério da Saúde;

- se o número do lote, que vem impresso na parte de fora, é igual ao que vem impresso no frasco ou na cartela interna;
- 7) Não compre medicamentos com embalagens amassadas, lacres rompidos, rótulos que se soltam facilmente ou estejam apagados e borrados;
- 8) Se você costuma usar um medicamento e já o conhece bem, ao comprar uma nova caixa não deixe de verificar se a embalagem que você está acostumado a ver mudou de cor, de formato ou se o tamanho das letras no nome do produto foi alterado ou se o sabor, a cor ou a forma do produto mudou;
- soros e xaropes devem vir com lacre, isso é obrigatório para os medicamentos líquidos;
- a bula não pode ser uma cópia xerox;
- 9) Peça ajuda ao farmacêutico.

Em caso de suspeita ou diferença encontrada, ligue para o Disque Saúde (0800-611997) ou entre em contato com a Secretaria de Saúde local e peça orientação. Você também pode entrar em contato com o serviço de atendimento ao consumidor do laboratório responsável pela fabricação do medicamento.

i) Como faço para comprar medicamento fracionado?

A venda fracionada consiste na subdivisão das embalagens de medicamentos em frações menores que a versão original. Com isto, é possível reduzir o custo dos medicamentos para a população e evitar a automedicação, já que o consumidor vai deixar de pagar por medicamento que não será utilizado.

Na hora da compra, dê prioridade às farmácias que vendem os remédios fracionados. Todo estabelecimento deve apresentar a relação oficial de preços ao consumidor. Confira se o preço praticado corresponde ao que foi determinado pela Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Esteja atento e denuncie as situações que burlam o preço determinado e que coloquem em risco a saúde do consumidor.

A informação é um direito básico:

- o medicamento fracionado deve ser acompanhado de bula;
- o fracionamento deve ser feito pelo farmacêutico responsável pelo estabelecimento, em local reservado e identificado;
- as farmácias devem colocar uma placa com o nome completo do farmacêutico e o horário de sua atuação; bem como outra placa com o horário de funcionamento do estabelecimento, licença e alvará afixado em local visível ao público;
- os estabelecimentos também devem colocar, em local visível no exterior do estabelecimento, a lista atualizada, com endereço e telefone, de farmácias de plantão autorizadas a fracionar.

Caso o consumidor tenha seu direito ignorado, ele deve denunciar aos órgãos competentes. A central de atendimento da Anvisa atende pelo telefone 0800 644 0644, mas é possível denunciar pelo Fale Conosco do site da agência, no endereço <http://www.anvisa.gov.br/institucional/faleconosco/mail.asp>.

No link <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/index.htm> o consumidor encontra uma lista completa das Vigilâncias Sanitárias municipais e estaduais.

Se não houver um farmacêutico responsável pelo estabelecimento comercial, o consumidor deve denunciar o local ao Conselho Regional de Farmácia.

5. Modelos de cartas de reclamações e de representação ao Ministério Público

O IDEC, com o objetivo de auxiliar seus associados na defesa de seus direitos de consumidor cidadão, disponibiliza modelos de cartas e outras orientações, que podem ser acessados na AUTOCONSULTA.

A AUTOCONSULTA dispõe de 40 temas, subdivididos em aproximadamente 800 orientações sobre relações de consumo, com 200 modelos de cartas. Pode ser acessada por todos os associados do Idec, na área exclusiva do site.

Abaixo seguem alguns modelos de cartas disponibilizadas pelo Idec aos seus associados, que podem ser utilizados na solução de problemas relacionados ao direito à saúde.

[Associe-se](#), apóie a luta do Idec e tenha acesso a mais orientações e modelos de cartas sobre problemas de consumo.

- **SUS**

1. [Modelo de carta para exigir agendamento de consultas em prazo razoável](#)
2. [Modelo de carta para exigir a realização de exames, tratamentos ou cirurgias solicitadas pelo médico em prazo razoável](#)
3. [Modelo de carta para exigir internação em casos graves](#)
4. [Modelo de carta para exigir a realização de parto](#)
5. [Modelo de carta para exigir o fornecimento de próteses, órteses ou outros insumos para pessoas portadoras de patologias ou deficiências](#)
6. [Modelo de carta para exigir o fornecimento de próteses ou órteses necessárias para a realização de cirurgia](#)
7. [Modelo de carta para exigir fornecimento de medicamentos](#)
8. [Modelo de cartas para exigir tratamento igualitário no acesso aos serviços de saúde](#)
9. [Modelo de carta para denunciar falta de higiene em hospital](#)
10. [Modelo de carta para denunciar maus-tratos](#)
11. [Modelo de representação ao Ministério Público](#)

Outros modelos de cartas podem ser acessados na [Autoconsulta](#), área exclusiva do associado ao Idec.

- **Planos de saúde**

1. [Modelo de carta para contestar rescisão unilateral do contrato](#)
2. [Modelo de carta para exigir cobertura negada pela empresa sob alegação de ser doença preexistente](#)
3. [Modelo de carta para caso de reajuste anual abusivo](#)

4. [Modelo de carta para reclamar de aumento por faixa etária muito alto](#)
5. [Modelo de carta para reclamar de descredenciamento de médico ou hospital ou laboratório](#)

Outros modelos de cartas podem ser acessados na [Auto Consulta](#), área exclusiva do associado ao Idec.

- **Medicamentos**

1. [Modelo de carta para exigir fornecimento de medicamentos \(SUS\)](#)
2. [Modelo de carta para denunciar à Vigilância Sanitária medicamento falsificado](#)
3. [Modelo de carta para denunciar à Vigilância Sanitária medicamento que causou mal à saúde](#)
4. [Modelo de carta para exigir da indústria farmacêutica indenização em caso de danos provocados pelo consumo de medicamento](#)

Outros modelos de cartas podem ser acessados na [Autoconsulta](#), área exclusiva do associado ao Idec.