

## Informações Mínimas de Plano de Saúde

### ANEXO I

**“Planos individuais ou familiares:** São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

**Planos de saúde coletivos:** Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo).

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória.

**Veja as particularidades de cada tipo:**

	<b>Plano Individual ou Familiar</b>	<b>Plano Coletivo por Adesão</b>	<b>Plano Coletivo Empresarial</b>
<b>Quem pode contratar?</b>	Qualquer pessoa	Pessoa que mantenha vínculo com determinada pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.	Grupo de pessoas vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
<b>Carência*</b>	Até : 24 horas para urgência e emergência; 180 dias para demais casos (por exemplo: procedimentos e internação); e 300 dias para parto a termo.	Se o beneficiário ingressar no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou do aniversário, para os novos filiados, não há carência.	Se o número de participantes for igual ou superior a trinta beneficiários e o ingresso no plano se dê em até trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica, não há carência.
<b>Cobertura Parcial Temporária em caso de Doença ou Lesão Preexistente*</b>	Pode haver estabelecimento de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos nos casos de DLP por 24 meses.	Pode haver estabelecimento de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos nos casos de DLP por 24 meses.	Desde que o número de participantes seja igual ou superior a trinta beneficiários e que beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica, não pode haver.

<b>Cobrança</b>	Diretamente ao beneficiário, pela operadora.	À Pessoa Jurídica e esta (ou uma administradora) cobra do beneficiário.**	À Pessoa Jurídica e esta (ou uma administradora) cobra do beneficiário.***
<b>Rescisão Imotivada pela Operadora</b>	Só pode por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.
<b>Participação de Administradora</b>	Não	Facultativa	Facultativa

\* A regra citada neste documento para carência e cobertura parcial temporária de doenças e lesões pré-existentes (CPT) é a prevista na legislação em vigor. O contrato poderá conter cláusula reduzindo ou isentando o cumprimento de carência ou CPT.

\*\* ressalvadas as operadoras na modalidade de autogestão.

\*\*\*ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 (aposentados e demitidos), das operadoras na modalidade de autogestão e dos entes da administração pública direta ou indireta.