**Plano de saúde individual / familiar novo ou adaptado – Demora no atendimento**

**Objetivo:** exigir o atendimento do beneficiário do plano de assistência à saúde

**Importante**: Esta reclamação, além de ser direcionada à empresa, também pode ser feita diretamente no site da ANS, por meio deste [link](http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/central-de-atendimento-ao-consumidor). Se optar por outra forma de contato, entregue a reclamação pessoalmente e leve cópia para o fornecedor ou agência protocolar. Se enviar pelo correio, faça com Aviso de Recebimento – AR. Guarde uma cópia da solicitação com o comprovante de recebimento.

Se for o caso, anexe ao registro no site da ANS ou à carta cópias de todos os papéis que provam suas alegações e publicidade ou oferta feitas. Quando a empresa se convence do erro que cometeu, muitas vezes procura resolvê-lo ou pelo menos fazer um acordo com o consumidor.

**Atenção!** **Guarde sempre o original dos documentos, pois eles são a prova de seu direito.**

**Sobre a carta**: As partes em negrito, indicadas abaixo, devem ser alteradas pelo associado. Assim, inclua a data de envio da correspondência, as informações sobre a empresa, os fatos que ocorreram, os valores correspondentes, etc. O que estiver em letra normal deve ser mantido na carta.

***(Local e data)***

À ***(nome da empresa)***

A/C ***(SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor - ou Ouvidoria da empresa)***

Prezados senhores,

Em ***(data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde)***, contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na ***(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)***.

Porém, tenho sido surpreendido com a demora injustificável de atendimento. Ao tentar obter a prestação de serviços contratada, no caso ***(marcar cirurgias, exames ou outros procedimentos)***, fui informada que apenas tenho possibilidade de obter o atendimento no prazo de *(especificar a demora enfrentada no caso),* sob a alegação ***(motivo alegado pela empresa – por exemplo: carência; falta de previsão contratual, etc)***.

A Lei nº 9.656/98 estabelece que a operadora do plano de saúde deve garantir o atendimento integral das coberturas constantes no rol de procedimentos, da mesma forma que pode disponibilizar novas coberturas não previstas. E o Código de Defesa do Consumidor estabelece que qualquer serviço deve ser prestado com padrões adequados de qualidade.

***(Tratando-se da demora no atendimento telefônico, inserir)***

Além do mais, conforme o artigo 5º do Decreto nº 6.523/08, os planos privados de assistência à saúde devem disponibilizar os chamados SACs (Serviços de Atendimento ao Consumidor), 24 (vinte e quatro) horas por dia e sete dias por semana, ininterruptamente.

Diante do exposto, solicito que esta empresa garanta que meu acesso aos serviços de saúde contratados, para que eu realize ***(consultas, cirurgias, exames ou outros procedimentos necessários)***, conforme assegurado por lei e dentro do seguinte prazo:

***(Estabeleça o prazo de atendimento conforme seu caso)***

1. ***Consulta básica: pediatria, geriatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, oncologia e ortopedia e traumatologia: 5 (cinco) dias.***
2. ***Consulta de fonoaudiologia: 7 (sete) dias.***
3. ***Consulta de nutrição: 7 (sete) dias.***
4. ***Consulta de psicologia: 7 (sete) dias.***
5. ***Sessão de terapia ocupacional: 10 (sete) dias.***
6. ***Serviços de diagnóstico por laboratório clínico e radiografias: 3 (três) dias.***
7. ***Serviços de diagnóstico por imagem, exceto radiografias: 7 (sete) dias.***
8. ***Procedimentos de alta complexidade (PAC): 14 (catorze) dias.***
9. ***Internações eletivas: 14 (catorze) dias.***
10. ***Consulta de odontologia: 5 (cinco) dias.***
11. ***Urgência e emergência: imediato.***

Dessa forma, fica a empresa notificada do problema e caso minha solicitação não seja atendida no prazo máximo determinado acima, serão adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis.

Atenciosamente,

***(Assinatura)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Nome. Se você for associado do IDEC e desejar identificar-se como tal, acrescente ao lado do nome: “associado do IDEC nº...”.***

***Acrescente também seu endereço e outros meios para que o fornecedor entre facilmente em contato com você, tais como telefone, fax e e-mail).***