**Plano de saúde individual / familiar antigo –** **Direito a acompanhante**

**Objetivo:** exigir direito a acompanhante.

**Obs:** para menores de 18 anos ou pessoas com 60 anos ou mais.

**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 operadora de telefonia)***

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

# Prezados senhores,

Eu, ***(nome completo, RG, CPF)***, venho à presença de V.Sas. expor e solicitar o que segue:

Em ***(data)***,contratei junto a esta empresa prestação de serviços de assistência à saúde, na ***(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)***.

***[Em caso de internação de menor de 18 anos, inserir]***

Em ***(data da internação)***, ***(nome da criança e do adolescente)***, ***(idade)***anos, dependente no referido ***(plano/seguro)***,será internado(a) e, segundo o art. 12 da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), tem direito a ser acompanhado(a) por um dos pais ou responsável.

***[Em caso de internação de terceiro dependente no plano, com 60 anos ou mais, inserir]***

Em ***(data da internação)***, ***(nome do idoso)***, ***(idade)***anos, dependente no referido ***(plano/seguro)***,será internado(a) e, segundo o art. 16 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso), em caso de internação de pessoa com 60 anos ou mais, é garantido o direito a acompanhante, devendo o estabelecimento de saúde proporcionar as condições adequadas para a permanência deste em tempo integral.

***[Em caso de internação do próprio titular do plano, com 60 anos ou mais, inserir]****.*

Em ***(data da internação)***, serei internado(a) e, segundo o art. 16 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso), em caso de internação de pessoa com 60 anos ou mais, como é o meu caso, é garantido o direito a acompanhante, devendo o estabelecimento de saúde proporcionar as condições adequadas para a permanência deste em tempo integral.

Diante do exposto, solicito que o(a) ***(criança / adolescente / idoso(a))*** seja acompanhado(a) por ***(nome do acompanhante)***, durante o período de internação.

***[OU]***

Diante do exposto, solicito ser acompanhado por ***(nome do acompanhante)***, durante o período de internação.

Dessa forma, fica a empresa notificada da situação e, caso esta solicitação não seja atendida no prazo máximo de 5 (cinco) dias, a contar do recebimento desta, serão adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis.

Certo de seu pronto atendimento em resposta ao meu direito como consumidor, antecipadamente agradeço.

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).**