**Plano individual / familiar antigo – Negativa de cobertura**

**Objetivo:** exigir cobertura negada pela empresa de plano de saúde (geral).

**Importante**: Esta reclamação 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 pelo contato direto com a operadora de plano de saúde, 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 destacadas devem ser alteradas pelo(a) associado(a). Assim, inclua a data de envio da correspondência, as informações sobre a empresa, os fatos que ocorreram, os valores correspondentes, etc. Os demais trechos podem permanecer inalterados.

***(Local e data)***

À ***(nome da prestadora de serviço)***

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

Prezados senhores,

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

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)****.*

Em ***(data da negativa de atendimento)***, foi negada a cobertura de ***(procedimento negado)***, sob a alegação ***(motivo da negativa de cobertura)****.*

Ocorre que, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, artigos 6o, IV e VI, e 51, IV, § 1o, incisos I a III, a restrição pretendida é abusiva e absolutamente contrária à natureza do contrato de assistência à saúde, cujos principais objetivos são a manutenção e a preservação da saúde e da vida.

Diante do exposto, solicito que seja reconsiderada a posição desta empresa, urgentemente, para que seja autorizado o procedimento necessário para o tratamento do(a) ***(nome da doença)***, conforme previsto no contrato e na Lei.

Desta forma, fica a empresa notificada da situação e, caso minha solicitação não seja atendida no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas ***[observação: caso não haja urgência, pode ser concedido um prazo maior para resposta da empresa, que não deve exceder 15 dias]****,* a contar do recebimento desta, serão adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor(a), agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

**(Assinatura)**

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

**(Nome e assinatura. Se você for associado(a) 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).**