JOSÉ PAES
ADVOCACIA

Plano de saúde: os direitos do paciente e da família

Um guia prático, do pedido à reclamação na ANS: prazos, negativa, carência, reajuste e cancelamento

Edição de novembro de 2026 · normas lidas até 2 de novembro de 2026

Para quem é este guia?

Para quem tem plano de saúde e para a família que corre atrás dele.

Não importa a doença nem o tipo de plano. O guia serve para quem pediu um exame e ficou sem resposta, ouviu um “não” por telefone, levou um susto no boleto ou viu o hospital sair da rede.

Os direitos estão organizados pela situação da pessoa, e não pela lei: o plano não respondeu, o plano negou, a urgência, entrar ou trocar de plano, a família, quanto você paga, o cancelamento e a rede que mudou.

Como ler. Cada direito vem numa ficha com quatro partes: o que é, quem tem, o que levar e onde pedir. Quando há uma condição importante, ela aparece em “Atenção”. Leia a condição com calma: é ela que diz se o direito vale para a sua situação.

O que este guia não é

- **Não é orientação para um caso concreto.** Cada situação depende do contrato, dos documentos e da saúde de cada pessoa.
- **Não substitui o médico.** O que é tratamento, quem decide é ele.
- **Não promete resultado.** Ele explica o que as regras dizem e onde pedir.

Onde estão as regras? No fim, nas Referências, separadas por página. O texto não cita artigo, para a leitura ficar leve.

Quem tem câncer encontra mais detalhes no guia “Câncer: os direitos do paciente e da família”, da mesma coleção.

Até quando vale. As regras foram conferidas até 2 de novembro de 2026. Alguns assuntos ainda estão em discussão na Justiça, e o guia avisa onde.

Por onde começar?

Quando o plano demora ou diz não, o caminho se apoia em prova, e não em indignação. Cinco passos, nesta ordem, organizam esse caminho.

Antes de pedir, fale com o médico. Um relatório completo, com o diagnóstico, o CID (o código da doença), o histórico e o tratamento indicado, evita idas e vindas. Relatório genérico atrasa o pedido.

1 **Peça pelo canal do plano.**
Telefone, aplicativo, site ou balcão. O médico ou a clínica também pode pedir em seu nome.

2 **Anote o protocolo.**
O plano tem de dar o número de protocolo logo no início do atendimento. Anote junto o dia, a hora e o nome de quem atendeu.

3 **Cobre a resposta no prazo.**
Cada pedido tem um prazo de resposta (página 5). “Em análise” não é resposta.

4 **Se o plano negar, tenha a negativa por escrito.**
O plano tem de mandar a negativa por escrito, com o motivo, mesmo que você não peça. Se ela não veio, exija.

5 **Peça a reanálise na Ouvidoria, ou reclame na ANS.**
A Ouvidoria do plano revê o pedido em até 7 dias úteis. A ANS, a agência do governo que fiscaliza os planos, cobra o plano. As regras não exigem passar pela Ouvidoria antes de ir à ANS.

Guarde tudo numa pasta: o pedido e o relatório do médico, os protocolos, a negativa, os boletos e o contrato. Esses papéis são a prova em qualquer caminho, inclusive na Justiça.

Que plano é o seu?

Muitas regras deste guia mudam conforme o tipo de plano. O contrato e a carteirinha dizem qual é o seu.

Individual ou familiar. Você contratou direto com a operadora, para você e a sua família. É o plano com mais proteção: o reajuste anual tem teto da ANS, e o plano só pode ser cancelado por fraude ou por atraso.

Coletivo empresarial. A empresa contratou para quem trabalha nela.

Coletivo por adesão. Contratado por meio de uma entidade da sua profissão ou categoria, como um sindicato, um conselho profissional ou uma associação profissional.

No plano coletivo, o contrato pesa mais: o reajuste é negociado, e o cancelamento segue o contrato, com limites (páginas 24 e 28).

Autogestão. Plano de uma empresa ou de uma categoria, sem fins lucrativos. Segue a lei dos planos e as regras da ANS, mas não o Código de Defesa do Consumidor (página 11).

Novo ou antigo? As regras deste guia valem para o plano “regulamentado”: contratado a partir de 1999 ou adaptado à lei. O plano antigo, não adaptado, segue o contrato, e algumas regras deste guia não valem para ele.

O que ele cobre? Consultas e exames (plano ambulatorial), internação (plano hospitalar), parto (obstetrícia), ou a soma deles. Algumas fichas valem só para o plano com internação ou com parto, e elas avisam.

Você pediu e o plano não respondeu

Quanto tempo o plano tem? A tabela para guardar

A maioria dos prazos conta do dia do pedido. Por isso, anote o protocolo. A tabela diz quando são dias úteis e quando o prazo conta de outra data.

O que o plano tem de fazer	Prazo
Dar o número de protocolo	no início do atendimento
Responder na urgência e na emergência	na hora
Responder os outros pedidos de cobertura	até 5 dias úteis, ou menos (página 7)
Responder na alta complexidade e na internação marcada	até 10 dias úteis
Mandar a negativa por escrito	dentro do prazo de resposta
Responder sobre boleto, reajuste ou contrato	7 dias úteis
Ouvidoria responder a reanálise	até 7 dias úteis
Entregar a cópia da gravação e dos registros do atendimento	até 72 horas
Atender (consulta, exame, terapia, internação)	de 3 a 21 dias úteis (página 12)
Reembolsar quando faltou médico ou clínica da rede	até 30 dias do pedido de reembolso, valor inteiro
Reembolsar a urgência fora da rede	até 30 dias da entrega dos papéis, pela tabela do plano
Resolver a reclamação na ANS	5 dias úteis (cobertura) ou 10 (outros assuntos), contados do aviso da ANS ao plano
Mandar o comprovante do cancelamento que você pediu	10 dias úteis
Avisar do atraso, para poder cancelar	até o 50º dia de atraso
Avisar que um hospital vai sair da rede	30 dias antes

Prazos que são seus, e não do plano:

- avisar a ANS que o plano não resolveu: 10 dias depois do prazo do plano;
- pagar a mensalidade atrasada depois do aviso: 10 dias;
- incluir o bebê sem carência, no plano com parto: 30 dias do nascimento ou da adoção;
- dizer que quer manter o plano da empresa: 30 dias do comunicado;
- trocar de plano sem carência: 60 dias depois da demissão (e em outros casos, página 21), ou 180 dias depois que o hospital sai da rede.

Você pediu e o plano não respondeu

Como pedir ao plano, e o que anotar?

Número de protocolo

O que é. Todo pedido ao plano recebe um número de protocolo logo no começo do atendimento, por qualquer canal. Vale para pedido de exame, de cirurgia, de reembolso ou sobre o boleto.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo. O médico ou a clínica também pode fazer o pedido em seu nome.

O que levar. O pedido do médico e a carteirinha. Anote o número do protocolo, o dia, a hora e o nome de quem atendeu.

Onde pedir. Em qualquer canal do plano: telefone, site, aplicativo ou balcão. Você também pode pedir os dados do atendimento e acompanhar o pedido pela internet.

Atenção. O protocolo mostra quando você pediu, e os prazos contam do pedido.

Telefone 24 horas e atendente humano

O que é. Na urgência, todo plano médico tem de ter um telefone para orientar, 24 horas, todos os dias. Nos planos grandes, o telefone funciona 24 horas para tudo. E, durante o horário de atendimento, você tem direito de falar com uma pessoa, e não só com a gravação.

Quem tem. Todo beneficiário.

O que levar. A carteirinha e o protocolo, se já houver.

Onde pedir. No telefone que está na carteirinha ou no site do plano.

Atenção. Nas operadoras menores, nas filantrópicas e nos planos só de dentista, o atendente humano para assuntos que não são de atendimento à saúde pode ficar só nos dias úteis, 8 horas por dia.

Você pediu e o plano não respondeu

Quanto tempo o plano tem para responder?

Resposta no prazo

O que é. O plano tem prazo para dizer sim ou não:

- na urgência e na emergência, na hora;
- no procedimento de alta complexidade (marcado assim na lista da ANS) e na internação marcada, em até 10 dias úteis;
- nos outros pedidos, em até 5 dias úteis.

Se o prazo para fazer o atendimento for menor, vale o menor. Exemplo: o exame de laboratório tem de ser feito em até 3 dias úteis, então a resposta não pode levar 5.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. O pedido do médico. Anote o protocolo e a data.

Onde pedir. Na central do plano.

Atenção. "Em análise", "em processamento" ou "em auditoria" não são resposta. O pedido de mais papéis só segura o prazo se o plano disser, com clareza, o que falta. E o prazo de resposta não é o prazo para fazer o exame ou a cirurgia (página 12).

E se o plano não responder? O silêncio do plano não vale como autorização: nenhuma regra dos planos diz isso. O que existe:

- a demora é infração, e a ANS pode multar o plano;
- você pode reclamar na ANS (página 10);
- o prazo para o atendimento continua correndo.

Se a demora vale como recusa, a Justiça ainda vai decidir.

Você pediu e o plano não respondeu

O plano disse não: como fica a prova?

Negativa por escrito

O que é. Se o plano negar, tem de mandar a negativa por escrito, mesmo que você não peça, dentro do prazo de resposta. Vale para o "não" dado por telefone, por aplicativo ou no balcão, e também quando o médico não é da rede. A negativa tem de trazer:

- o motivo, explicado em linguagem clara;
- a cláusula do contrato ou a lei que justifica o "não";
- em destaque, como pedir a reanálise na Ouvidoria, os canais e o prazo de 7 dias úteis.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. O protocolo do pedido.

Onde pedir. Ela tem de chegar sem você pedir, num formato que dá para imprimir ou baixar. Se não chegou, exija pelo canal do plano.

Atenção. Negativa sem o motivo e sem a cláusula ou a lei está fora da regra. Guarde junto com o pedido do médico.

Cópia da gravação da ligação

O que é. Você pode pedir a cópia das gravações e dos registros dos seus atendimentos, sem pagar nada. O plano entrega em até 72 horas.

Quem tem. Todo beneficiário.

O que levar. O protocolo, a data e a hora da ligação.

Onde pedir. Na central do plano. Anote o protocolo deste pedido também.

Atenção. A gravação fica guardada só por 90 dias, e os outros registros, por 2 anos. Se o "não" veio por telefone, peça logo.

Você pediu e o plano não respondeu

Dá para pedir que o plano reveja?

Reanálise na Ouvidoria

O que é. Depois da negativa, você pode pedir que a Ouvidoria do plano reveja o pedido. Ela responde em até 7 dias úteis.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. O protocolo e a negativa. O pedido do médico ajuda.

Onde pedir. Nos canais da Ouvidoria que estão na própria negativa. O atendente tem de falar da reanálise na hora em que der o “não”.

Atenção. O plano não pode exigir formalidades para você pedir a reanálise.
E a Ouvidoria é uma escolha sua, e não uma etapa obrigatória: as regras não exigem passar por ela antes de reclamar na ANS.

Pergunta sobre boleto, reajuste ou contrato

O que é. O pedido que não é de exame, consulta ou tratamento tem resposta em até 7 dias úteis, com a explicação ou o motivo. Por exemplo, uma dúvida sobre a mensalidade, o reajuste ou uma cláusula do contrato.

Quem tem. Todo beneficiário.

O que levar. O boleto ou o contrato, conforme o caso.

Onde pedir. Em qualquer canal do plano, com protocolo.

Você pediu e o plano não respondeu

Como reclamar na ANS?

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) é o órgão do governo que fiscaliza os planos.

Reclamação na ANS

O que é. A ANS recebe a reclamação e avisa o plano. O plano tem de resolver em até 5 dias úteis, se o assunto é cobertura, ou em até 10 dias úteis, nos outros assuntos.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo. Outra pessoa pode reclamar por você. Ela declara qual é a relação com você, que você sabe da reclamação e que ela não tem ligação com o hospital, a clínica ou o profissional interessado.

O que levar. O pedido do médico, a negativa (se houver), a carteirinha e o CPF. Tenha o protocolo em mãos; sem ele, informe data, hora e canal do contato.

Onde pedir.

- Disque ANS: 0800 701 9656, de segunda a sexta, das 8h às 20h, menos nos feriados nacionais.
- Pessoas com deficiência auditiva: 0800 021 2105.
- Pela internet: https://www.ans.gov.br/nip_solicitante/
- Pessoalmente, nos Núcleos da ANS (endereços no site da ANS).

Atenção.

- Acabado o prazo do plano, você tem 10 dias para avisar a ANS que não resolveu. Sem esse aviso, a reclamação é dada como resolvida. Dá para reabrir depois.
- A reclamação na ANS não é processo na Justiça. Ela cobra o plano, que pode resolver o problema, e pode levar a multa. Mas a ANS não condena o plano a indenizar você.

Você pediu e o plano não respondeu

Procon e contrato: o que mais ajuda?

Código de Defesa do Consumidor e Procon

O que é. A Justiça já decidiu que o plano de saúde segue o Código de Defesa do Consumidor. Por isso, o Procon também recebe reclamação contra o plano.

Quem tem. Quem tem plano de saúde, individual ou coletivo, menos o de autogestão.

O que levar. O protocolo, a negativa e o contrato.

Onde pedir. No Procon da sua cidade ou do seu estado.

Atenção. O plano de autogestão (de uma empresa ou categoria, sem fins lucrativos) fica fora do Código de Defesa do Consumidor. Mas segue a lei dos planos e as regras da ANS.

Cópia do contrato

O que é. O contrato, as regras do plano e um material que explique os direitos e os deveres em linguagem simples.

Quem tem. No plano individual ou familiar, o titular recebe tudo isso na inscrição. No coletivo, o titular pode pedir a cópia do contrato a quem contratou, e o guia de leitura do contrato vem com a carteirinha.

O que levar. Um documento e a carteirinha.

Onde pedir. No individual, à operadora. No coletivo, à empresa, ao sindicato ou à associação que contratou.

Atenção. O contrato diz se o plano tem internação, parto e coparticipação, e qual é a tabela do reajuste por idade. Muitas fichas deste guia dependem dele.

Você pediu e o plano não respondeu

Pediu e não marcou: quanto tempo para atender?

Prazos máximos de atendimento

O que é. A ANS fixa prazos máximos, em dias úteis, do pedido até o atendimento:

- consulta com pediatra, clínico geral, cirurgião geral, ginecologista e obstetra: 7;
- consulta com outros especialistas: 14;
- psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro obstetra: 10;
- dentista: 7;
- exames de laboratório: 3;
- outros exames e terapias, sem internação: 10;
- hospital-dia (cuidado intensivo no hospital que substitui a internação comum): 10;
- internação marcada e procedimento de alta complexidade: 21.

A contracepção tem prazo de até 30 dias corridos.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo. No plano antigo, não adaptado, vale se o contrato não disser outra coisa.

O que levar. O pedido do médico. Anote o protocolo: o prazo conta do pedido.

Onde pedir. Na central do plano, que indica quem atende no prazo.

Atenção. O prazo vale para qualquer profissional ou clínica da rede, e não para o médico que você escolheu. A consulta de retorno fica a critério do profissional.

Você pediu e o plano não respondeu

E se não houver médico ou clínica da rede?

Atendimento fora da rede ou em outra cidade

O que é. Se ninguém da rede atende no prazo, o plano tem de garantir o atendimento com um profissional de fora da rede, na sua cidade, ou numa cidade vizinha. O plano paga direto a quem atendeu. Se não houver atendimento nem nas cidades vizinhas, o plano garante o transporte de ida e volta. Quando o serviço não existe na sua cidade, o plano pode indicar uma cidade vizinha ou da sua região de saúde, e só garante o transporte se não houver o serviço nem lá.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo. O acompanhante também tem transporte quando o paciente tem menos de 18 anos, mais de 60, deficiência, ou necessidades especiais declaradas pelo médico.

O que levar. O pedido do médico e o protocolo do pedido que não foi atendido no prazo.

Onde pedir. Na central do plano.

Reembolso quando o plano falhou

O que é. Se o plano não garantiu o atendimento e você pagou, ele devolve o valor inteiro, inclusive o transporte, em até 30 dias do pedido de reembolso.

Quem tem. Quem pagou porque o plano não garantiu o atendimento no prazo.

O que levar. A nota fiscal ou o recibo, o pedido do médico e o protocolo do pedido não atendido.

Onde pedir. Na central do plano, com protocolo.

Atenção. A coparticipação pode ser descontada. No plano com livre escolha de médicos, esse reembolso segue os limites do contrato, mas o que não está na tabela do contrato volta por inteiro. Até onde vai o reembolso fora da rede, a Justiça ainda vai decidir.

O que o plano tem de cobrir?

Cobertura do rol, e fora dele

O que é. A ANS tem uma lista de coberturas obrigatórias, chamada rol, atualizada a cada inclusão. Ela é a referência básica do que o plano cobre. Um tratamento fora do rol pode ser coberto, se cumprir requisitos.

Quem tem. Quem tem plano regulamentado (página 4).

O que levar. O pedido e o relatório do médico, com o CID. Fora do rol, o relatório explica por que nenhuma opção do rol serve e que estudos mostram que o tratamento funciona.

Onde pedir. À operadora, com protocolo. O rol está no site da ANS.

Atenção. A Justiça já decidiu que a cobertura fora do rol exige tudo isto junto:

- a prescrição do médico que acompanha o paciente;
- que a ANS não tenha negado a inclusão, nem esteja analisando o pedido;
- que não haja opção adequada no rol;
- prova científica forte de que funciona;
- registro na Anvisa.

Internação sem limite de dias

O que é. Internação e UTI sem limite de prazo, de valor ou de quantidade.

Quem tem. Quem tem plano com internação.

O que levar. O pedido de internação do médico.

Onde pedir. No hospital e na operadora.

O plano negou

E a junta médica?

Junta médica

O que é. Quando o médico do plano discorda do pedido do seu médico, o plano pode formar uma junta com três médicos: o seu, o do plano e um terceiro, que desempata. O plano segue o parecer de quem desempata.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. Os documentos e os exames do pedido. Avise o seu médico: ele tem 2 dias úteis para responder ao aviso da junta.

Onde pedir. Quem chama a junta é o plano. Você e o seu médico respondem.

Atenção.

- Não cabe junta na urgência e na emergência, nem para o que está fora do rol e do contrato. Também não cabe para remédio ou material sem registro na Anvisa ou usado fora da bula, salvo exceção prevista.
- A junta tem de caber no prazo de atendimento (página 12). O prazo pode parar 3 dias úteis, uma vez só, se quem desempata pedir exame ou se você faltar à junta presencial avisando.
- Você nunca paga o médico que desempata.
- Se a junta for presencial, vá. Faltar sem avisar libera o plano da obrigação.

O plano negou

E as terapias?

Terapias sem limite de número de sessões

O que é. Em 2022, a ANS tirou o limite de número de sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Vale para qualquer doença.

Quem tem. Todo beneficiário com indicação do médico, de plano individual ou coletivo.

O que levar. O pedido do médico, com o número de sessões indicado.

Onde pedir. À operadora, com protocolo. A sessão tem de ser marcada em até 10 dias úteis.

Autismo: o método indicado pelo médico

O que é. No tratamento do autismo (TEA) e de outros transtornos globais do desenvolvimento, o plano tem de oferecer um profissional apto a aplicar o método ou a técnica que o médico indicou.

Quem tem. A pessoa com autismo ou com outro transtorno global do desenvolvimento, em qualquer plano.

O que levar. O relatório do médico, com o método indicado, e o pedido das sessões.

Onde pedir. À operadora, com protocolo.

Atenção. A Justiça já decidiu que é abusivo limitar o número de sessões de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional da pessoa com autismo.

Urgência

Na urgência: carência e autorização

Carência de no máximo 24 horas

O que é. Na urgência e na emergência, o plano pode exigir no máximo 24 horas de carência, contadas da contratação.

- Emergência é o caso com risco imediato de vida ou de lesão que não tem volta, declarado pelo médico que atende.
- Urgência é o caso causado por acidente pessoal ou por complicação na gravidez.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. A carteirinha e um documento. A declaração do médico sobre o risco é o que marca a emergência.

Onde pedir. No pronto-socorro da rede.

Atenção. Mesmo depois das 24 horas, há um limite de 12 horas em alguns casos (página 18).

Sem autorização prévia e sem junta

O que é. Na urgência e na emergência, o plano não pode exigir autorização antes, nem usar regra que impeça ou atrase o atendimento. Não cabe junta médica. E o pedido tem resposta na hora.

Quem tem. Todo beneficiário.

O que levar. A carteirinha.

Onde pedir. No pronto-socorro. Na dúvida, todo plano médico tem telefone 24 horas para orientar na urgência.

Urgência

Na urgência: o limite de 12 horas e o reembolso

O limite de 12 horas

O que é. Uma regra de 1998, ainda em vigor e citada pela ANS nas suas normas, limita a cobertura da urgência às primeiras 12 horas de atendimento, sem internação:

- no plano só de consultas e exames;
- no plano com internação, durante a carência;
- na urgência da gravidez, durante a carência ou no plano sem parto;
- na doença que você já tinha, durante a cobertura parcial (página 20).

No plano com internação, o acidente pessoal tem cobertura sem restrição depois de 24 horas de contrato.

Quem tem. Quem está num desses casos.

O que levar. A carteirinha.

Onde pedir. No pronto-socorro.

Atenção. Se for preciso internar e o plano não cobrir, ele tem de levar o paciente a um hospital do SUS, em ambulância adequada, e pagar a remoção até o registro lá. Se a família preferir outro hospital e assinar um termo de responsabilidade, o plano deixa de responder pela remoção. A regra das 12 horas é contestada, e a Justiça ainda vai decidir.

Reembolso da urgência fora da rede

O que é. Se não deu para usar a rede do plano na urgência, o plano reembolsa pela tabela de preços do próprio plano, nos limites do contrato, em até 30 dias depois da entrega dos documentos.

Quem tem. Todo beneficiário, em todos os tipos de plano.

O que levar. A nota fiscal ou o recibo e o relatório do atendimento.

Onde pedir. À operadora, com protocolo.

Entrar ou trocar de plano

Carência: quanto tempo esperar?

Carência é o tempo, contado da contratação, em que o plano ainda não cobre um atendimento.

Carências máximas

O que é. A lei fixa o máximo de carência:

- urgência e emergência: 24 horas;
- parto a termo (no tempo normal da gravidez): 300 dias;
- todo o resto: 180 dias.

Quem tem. Todo beneficiário. O contrato pode ter carência menor.

O que levar. O contrato, que diz as carências do seu plano.

Onde pedir. À operadora.

Atenção.

- No plano individual, é proibido recontar a carência.
- No coletivo empresarial com 30 pessoas ou mais, não há carência para quem pede a entrada em até 30 dias do contrato ou da sua entrada na empresa.
- No coletivo por adesão, não há carência para quem entra em até 30 dias do contrato ou do aniversário dele.

Ninguém pode ser barrado por idade ou deficiência

O que é. Ninguém pode ser impedido de entrar num plano por causa da idade ou de uma deficiência.

Quem tem. Todos.

O que levar. Os documentos que o plano pede a todos.

Onde pedir. À operadora, ou à empresa ou entidade do plano coletivo.

Atenção. Isso não afasta a carência nem a cobertura parcial da doença que a pessoa já tinha (página 20).

E a doença que eu já tinha?

Doença preexistente

O que é. Doença preexistente é a que você sabe que tem no momento da contratação. Para ela, o plano pode aplicar a cobertura parcial temporária (CPT): por até 24 meses, não cobre cirurgia, leito de alta tecnologia (como a UTI) e procedimento de alta complexidade ligados só a essa doença declarada. Consulta, exame simples e o que não for cirurgia, leito de alta tecnologia ou alta complexidade continuam cobertos. Depois de 24 meses, o plano não pode mais excluir a cobertura.

Quem tem. Quem tem plano individual, coletivo por adesão ou empresarial com menos de 30 pessoas. No empresarial com 30 ou mais, não há CPT para quem entra em até 30 dias.

O que levar. A declaração de saúde. Você tem direito de preenchê-la com um médico da rede do plano, sem pagar.

Onde pedir. À operadora, na contratação.

Atenção.

- A declaração só pode perguntar sobre doenças que você sabe ter. Não pode perguntar sobre hábitos, sintomas ou remédios.
- Se o plano fez exame em você na entrada, não pode depois dizer que você escondeu a doença.
- Se o plano não ofereceu a CPT na contratação, não pode aplicá-la depois nem dizer que você escondeu a doença.
- Se o plano acusar fraude, ele tem de provar, num processo na ANS. Até a ANS encerrar o processo, não pode negar atendimento nem cancelar o plano.

Dá para trocar de plano sem cumprir carência de novo?

Portabilidade de carências

O que é. Trocar de plano, na mesma operadora ou em outra, sem cumprir carência de novo e sem nova declaração de saúde. Nenhum plano pode cobrar por isso.

Quem tem. Na regra geral, quem cumpre tudo isto:

- o plano atual está ativo e em dia;
- ficou nele 2 anos (3, se cumpriu cobertura parcial) na primeira troca, ou 1 ano nas seguintes;
- o plano atual é de 1999 em diante ou adaptado;
- o novo plano está na mesma faixa de preço ou abaixo.

Para ir a um plano coletivo, é preciso ter ligação com a empresa ou a entidade.

O que levar. Os comprovantes das 3 últimas mensalidades e do tempo no plano, e o relatório de compatibilidade do Guia ANS de Planos, no site da ANS.

Onde pedir. Ao plano novo, que tem 10 dias para recusar, com justificativa. Começou o novo, você tem 5 dias para cancelar o antigo.

Atenção. Há casos sem tempo mínimo e sem faixa de preço:

- em até 60 dias: demissão, aposentadoria, morte do titular, perda da condição de dependente e fim do plano coletivo. O plano antigo tem de avisar desse direito;
- em até 180 dias: saída de um hospital ou de um serviço de urgência da rede na cidade onde você mora ou contratou o plano (página 31).

Quem está internado só troca depois da alta, salvo nos casos dos 60 dias.

Família

Como entram o bebê e o filho adotivo?

Recém-nascido

O que é. No plano com parto (obstetrícia), o bebê, filho natural ou adotivo do titular ou de um dependente, tem cobertura nos primeiros 30 dias depois do parto. E pode ser inscrito como dependente, como diz a lei, "isento do cumprimento dos períodos de carência", se a inscrição for feita em até 30 dias do nascimento ou da adoção.

Quem tem. O bebê do titular ou de um dependente, em plano que inclui obstetrícia.

O que levar. A certidão de nascimento ou o termo de adoção.

Onde pedir. No individual, à operadora. No coletivo, à empresa ou à entidade. Sempre dentro dos 30 dias.

Atenção. Plano sem obstetrícia não tem esse direito por esta regra. Inscrito no prazo, o bebê também fica livre da cobertura parcial por doença preexistente.

Filho adotivo

O que é. O filho adotivo com menos de 12 anos pode ser inscrito aproveitando as carências que o pai ou a mãe adotante já cumpriu.

Quem tem. O adotado com menos de 12 anos, em qualquer plano.

O que levar. O documento da adoção.

Onde pedir. À operadora, ou à empresa ou entidade do plano coletivo.

Família

Quem acompanha, e quem continua no plano?

Acompanhante pago pelo plano

O que é. No plano com internação, o plano paga as despesas do acompanhante, inclusive alimentação e acomodação, salvo contraindicação justificada do médico.

Quem tem. O paciente com menos de 18 anos, com 60 anos ou mais, ou com deficiência.

No parto. No plano com obstetrícia, o plano paga o acompanhante que a mulher indicar, inclusive a roupa de proteção, a acomodação e a alimentação, no pré-parto, no parto e nos 10 dias depois do parto. Se houver complicação, o médico pode mudar esse período.

O que levar. Um documento que mostre a idade ou a deficiência.

Onde pedir. No hospital e na operadora.

Atenção. Para o adulto com menos de 60 anos e sem deficiência, fora do parto, essa regra não garante que o plano pague o acompanhante.

Quando o titular sai ou morre

O que é. No plano individual ou familiar, se o titular sai ou morre, o contrato continua para os dependentes já inscritos, nas mesmas condições. No plano da empresa, se morre o ex-empregado que manteve o plano, os dependentes continuam nele.

Quem tem. Os dependentes já inscritos.

O que levar. O documento da saída ou a certidão de óbito do titular.

Onde pedir. À operadora.

Atenção. No plano familiar, isso não vale quando o contrato acaba por fraude ou atraso. Os dependentes também podem trocar de plano sem carência em até 60 dias (página 21).

Quanto você paga

O reajuste anual

Reajuste do plano individual ou familiar

O que é. O aumento anual do plano individual depende de autorização da ANS, que publica o percentual máximo. Ele entra no mês de aniversário do contrato. A coparticipação e a franquia não podem subir mais que esse percentual.

Quem tem. Quem tem plano individual ou familiar de 1999 em diante, ou adaptado. O plano antigo segue o índice do contrato.

O que levar. O boleto. Ele tem de mostrar o percentual, o número do ofício da ANS que autorizou e o mês do próximo reajuste.

Onde pedir. O percentual do ano está no site da ANS. Dúvida, ao plano, com protocolo.

Reajuste do plano coletivo

O que é. No coletivo, a ANS não fixa teto: o percentual é negociado e comunicado à ANS. O aumento é um só por ano, no aniversário do contrato, fora o da faixa de idade e o da troca ou adaptação do plano.

Quem tem. Quem tem plano coletivo, empresarial ou por adesão.

O que levar. O boleto, com a data, o percentual e o valor do reajuste.

Onde pedir. À empresa ou à entidade, e ao plano.

Atenção. O contrato coletivo com menos de 30 pessoas tem o mesmo reajuste de todos os contratos pequenos daquele plano. O percentual fica no site da operadora a partir de maio.

Quanto você paga

O aumento pela idade

Reajuste por faixa etária

O que é. O plano pode aumentar quando você muda de faixa de idade, se as faixas e os percentuais estiverem no contrato desde o início. Nos contratos feitos a partir de 2004:

- são 10 faixas, e a última começa aos 59 anos;
- o valor da última faixa não pode passar de 6 vezes o da primeira;
- o aumento acumulado da 7ª à 10ª faixa não pode passar do acumulado da 1ª à 7ª;
- o aumento entra no mês seguinte ao do aniversário.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. O contrato, com a tabela de faixas, e o boleto.

Onde pedir. À operadora. Se o aumento não seguir a tabela do contrato, reclame na ANS (página 10).

Atenção.

- Depois dos 59 anos, não há nova faixa de idade. Mas o reajuste anual continua valendo para todos (página 24).
- A lei proíbe cobrar valor diferente da pessoa idosa por causa da idade.
- Os contratos de 1999 a 2003 têm outra tabela. Os antigos, não adaptados, seguem o contrato.

Quanto você paga

Coparticipação e franquia: tem limite?

Coparticipação é a parte que você paga a cada consulta, exame ou atendimento. Franquia é o valor que fica por sua conta antes de o plano pagar.

Os limites que existem

O que é.

- A coparticipação, a franquia e os limites têm de estar no contrato.
- Elas não podem fazer você pagar o procedimento inteiro, nem dificultar demais o acesso ao atendimento.
- Na internação, não pode haver percentual por atendimento, salvo na saúde mental.
- Na internação psiquiátrica, a coparticipação só começa depois de 30 dias de internação no ano de contrato, seguidos ou não, e vai até no máximo 50% do valor que o plano paga ao hospital.
- No plano individual, elas não sobem mais que o reajuste anual autorizado.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. O contrato e o extrato da coparticipação.

Onde pedir. À operadora, com protocolo.

Atenção. Hoje não existe um limite de coparticipação pelo valor da mensalidade, nem um percentual máximo geral. E o que é “dificultar demais” nunca foi definido pela ANS.

Cancelamento e saída

Atrasei a mensalidade: o plano pode cancelar?

Cancelamento por atraso

O que é. O plano só pode cancelar por falta de pagamento se houver tudo isto:

- atraso de mais de 60 dias, seguidos ou não, nos últimos 12 meses;
- pelo menos 2 mensalidades sem pagar, seguidas ou não;
- aviso comprovado até o 50º dia de atraso, com o valor exato, os meses em aberto e como pagar;
- 10 dias seguidos, depois do aviso, sem pagamento.

Quem tem. Quem contratou direto com o plano e quem paga o plano coletivo direto ao plano, como o ex-empregado que manteve o plano da empresa.

O que levar. O aviso e os comprovantes de pagamento.

Onde pedir. À operadora, por escrito, com protocolo.

Atenção.

- Sem prova do aviso, o cancelamento não vale.
- Atraso causado pelo plano (sem boleto, sem débito em conta) não conta.
- Se você questionar a dívida nos 10 dias, abre-se um novo prazo de 10 dias.
- O aviso vale por e-mail com certificado digital ou confirmação de leitura, por SMS ou aplicativo de mensagem (só se você confirmar), por ligação gravada ou por carta com aviso de recebimento.
- Multa de até 2% e juros de até 1% ao mês, só se o contrato prever.

Quando o plano pode cancelar?

Plano individual ou familiar

O que é. O plano só pode cancelar o contrato individual por fraude ou por atraso (página 27). Durante a internação do titular ou do dependente, o plano não pode suspender nem cancelar, por nenhum motivo. Depois da alta, se houver atraso, tem de mandar novo aviso, com 10 dias para pagar.

Quem tem. Quem contratou direto. A proteção na internação vale no plano com internação, e também para quem paga o plano coletivo direto ao plano.

O que levar. Os comprovantes de pagamento e, na internação, um documento do hospital.

Onde pedir. À operadora, por escrito, com protocolo.

Plano coletivo

O que é. No coletivo, as regras de cancelamento estão no contrato. Sem a empresa ou a entidade, o plano só exclui uma pessoa por fraude, pelo fim da ligação com a empresa ou entidade, a pedido do próprio beneficiário ou por atraso de quem paga direto.

Quem tem. Quem tem plano coletivo, empresarial ou por adesão.

O que levar. O relatório do tratamento em curso e os comprovantes de pagamento.

Onde pedir. À operadora e à empresa ou entidade, por escrito.

Atenção. A Justiça já decidiu duas proteções:

- mesmo cancelando o contrato coletivo, o plano deve manter o tratamento de quem está internado ou em tratamento que garante a sobrevivência ou a integridade física, até a alta, se o titular pagar a mensalidade inteira;
- no coletivo empresarial com menos de 30 pessoas, o plano só pode encerrar o contrato com um motivo válido.

Cancelamento e saída

Quero cancelar: como faço?

Cancelar a pedido

O que é. Você pode cancelar o plano quando quiser. O cancelamento vale na hora, não tem volta e não depende de estar em dia com as mensalidades.

Quem tem. Todo beneficiário de plano de 1999 em diante ou adaptado.

O que levar. Um documento e a carteirinha.

Onde pedir.

- Individual: à operadora, pessoalmente, por telefone ou pelo site. Você recebe na hora o comprovante ou o protocolo.
- Coletivo empresarial: à empresa, que tem 30 dias para avisar o plano. Passado esse prazo, você pode pedir direto ao plano.
- Coletivo por adesão: à entidade, à administradora ou ao plano.

O comprovante do cancelamento chega em até 10 dias úteis.

Atenção.

- As mensalidades e as coparticipações já vencidas continuam devidas.
- Multa só no plano individual, se o contrato prever e se o pedido for antes de 12 meses.
- Vai trocar de plano? Peça a portabilidade antes (página 21). Cancelar primeiro pode fazer você perder o direito de levar as carências.
- No plano familiar, quando o titular cancela, os dependentes podem continuar (página 23).

Cancelamento e saída

Saí da empresa: fico com o plano?

Manter o plano da empresa

O que é. Quem sai da empresa pode continuar no plano, nas mesmas condições de cobertura, pagando a mensalidade inteira.

- Demitido sem justa causa: por um terço do tempo em que ficou no plano, no mínimo 6 meses e no máximo 24, com a família.
- Aposentado: com 10 anos ou mais de contribuição ao plano, sem prazo; com menos, um ano para cada ano de contribuição.

Quem tem. Quem pagava uma parte do plano da empresa. A coparticipação não conta como pagamento. Quem não pagava no momento da saída tem o direito na proporção do tempo em que pagou. Plano pago só pela empresa não dá esse direito, salvo se o contrato ou o acordo coletivo disser o contrário.

O que levar. O comunicado da demissão ou da aposentadoria e o contracheque com o desconto do plano.

Onde pedir. Na empresa, que comunica o direito no aviso prévio, e na operadora.

Atenção.

- Você tem até 30 dias, a contar do comunicado da empresa, para dizer que quer ficar.
- O direito acaba se você conseguir um novo emprego que dê acesso a plano.
- Quem não pagava parte do plano pode trocar de plano sem carência em até 60 dias (página 21).

A rede mudou

O hospital saiu do plano: e agora?

Troca e saída de hospital

O que é. O plano só pode trocar um hospital da rede por outro equivalente, avisando 30 dias antes. Equivalente é o que oferece os serviços que os beneficiários usaram no hospital que sai, nos últimos 12 meses. Para reduzir a rede de hospitais, o plano precisa de autorização da ANS.

Quem tem. Todo beneficiário, de plano individual ou coletivo.

O que levar. O aviso do plano e o protocolo.

Onde pedir. O aviso fica no site do plano por 180 dias. Se a mudança é na cidade onde você mora, o titular recebe aviso individual. Dúvida, à operadora.

Atenção.

- Se você está internado e o plano tira o hospital por vontade própria, o hospital mantém a internação e o plano paga até a alta.
- Saiu um hospital ou um serviço de urgência da cidade onde você mora ou contratou? Você pode trocar de plano sem carência em até 180 dias, sem tempo mínimo e sem faixa de preço (página 21).
- Há exceções ao aviso de 30 dias, como o fechamento do hospital e a fraude.

Médico, clínica e laboratório

O que é. A lei também manda manter os outros profissionais e clínicas da rede. A troca só pode ser por outro equivalente, com aviso de 30 dias.

Quem tem. Todo beneficiário.

O que levar. O aviso, se veio, e o protocolo.

Onde pedir. À operadora.

O que a internet diz, e não é bem assim (1)

“Se o plano não responder no prazo, o pedido está aprovado.”	Não. O silêncio não vale como autorização. A demora é infração e dá reclamação na ANS (página 7).
“Para reclamar na ANS, precisa do protocolo.”	Ele ajuda, mas deixou de ser obrigatório em maio de 2026. Sem ele, informe data, hora e canal do contato (página 10).
“Reclamou na ANS, é só esperar.”	Acabado o prazo do plano, você tem 10 dias para avisar que não resolveu (página 10).
“A ANS obriga o plano a pagar.”	A ANS cobra o plano e pode multar. Não é processo na Justiça (página 10).
“É preciso pedir a negativa por escrito.”	O plano tem de mandar, mesmo sem pedido. Se não veio, exija (página 8).
“Antes da ANS, tem de passar pela Ouvidoria.”	As regras não exigem. A Ouvidoria é uma escolha sua (página 9).
“Passadas 24 horas de carência, a urgência é coberta por inteiro.”	Em alguns planos e na carência, a cobertura vai só até 12 horas, sem internação (página 18).
“O plano não pode negar nada por doença preexistente.”	Por até 24 meses, pode haver cobertura parcial para cirurgia, UTI e alta complexidade ligadas à doença declarada (página 20).
“Na entrevista de saúde, o plano pergunta o que quiser.”	Não pode perguntar sobre hábitos, sintomas ou remédios (página 20).
“Portabilidade, só depois de 2 anos.”	É a regra geral. Demissão, morte do titular, fim do coletivo e saída de hospital têm prazos próprios, sem tempo mínimo (página 21).
“O plano cobre tudo o que o médico pedir.”	Cobre o rol. Fora do rol, só com requisitos e prova. Remédio sem registro na Anvisa, não (página 14).
“O plano pode limitar as sessões de terapia.”	A ANS tirou o limite de sessões em 2022 (página 16).

O que a internet diz, e não é bem assim (2)

“Depois dos 60 anos, o plano não pode aumentar.”	O aumento por idade para na faixa dos 59, nos contratos desde 2004. O reajuste anual continua (página 25).
“O reajuste do coletivo tem teto da ANS.”	O teto é do individual. No coletivo, o percentual é negociado (página 24).
“Plano coletivo só cancela depois de 12 meses, com 60 dias de aviso.”	Essa regra foi revogada em 2023. Hoje vale o contrato, com limites (página 28).
“O plano só não pode cancelar se o titular estiver internado.”	No plano contratado direto, vale para a internação do titular ou do dependente (página 28).
“Atrasou 60 dias, perdeu o plano.”	Só com 2 mensalidades em atraso, aviso até o 50º dia e 10 dias para pagar (página 27).
“Para cancelar, tem de estar em dia ou cumprir aviso prévio.”	Não. O cancelamento vale na hora. As dívidas anteriores continuam (página 29).
“O plano descredencia hospital quando quer.”	Só por outro equivalente e com aviso de 30 dias (página 31).
“A coparticipação não pode passar de tantos por cento, ou da mensalidade.”	Esse limite não existe nas regras (página 26).
“Recém-nascido sempre tem cobertura nos 30 dias.”	Só no plano com obstetrícia (página 22).
“Demitido sempre fica no plano da empresa.”	Só quem pagava parte da mensalidade e assume o valor inteiro (página 30).
“O plano pode mandar tudo para junta médica.”	Não na urgência. E você nunca paga o médico que desempata (página 15).
“Plano de autogestão segue o Código do Consumidor.”	Não. Segue a lei dos planos e as regras da ANS (página 11).

Sobre o autor



José Paes Neto é advogado há 18 anos e autor do livro "Direito à Saúde: o papel do município na execução das políticas públicas" (Lumen Juris, 2023).

É procurador legislativo concursado da Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes. Foi Procurador-Geral do Município de Campos dos Goytacazes, de 2017 a 2020, e responsável pela implantação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do Município.

Doutor e mestre em Direito da Cidade pela UERJ, é professor de graduação no ISECENSA e professor convidado de pós-graduação (FMP, EMD, IDP e CEPED/UERJ).

É Presidente da Comissão de Direito Público da OAB/Campos, Vice-Presidente da Comissão de Direito Constitucional da OAB/RJ e membro da Academia Brasileira de Direito Eleitoral e Político (ABRADEP).

O escritório

A **José Paes Advocacia** atua em Direito da Saúde, Direito Empresarial, Direito Eleitoral e Direito Público, com escritórios no Rio de Janeiro e em Campos dos Goytacazes.

Rio de Janeiro

Av. Marechal Câmara, 160, sala 505
Centro, Rio de Janeiro/RJ
CEP 20020-907

Campos dos Goytacazes

Av. Pelinca, 401
Campos dos Goytacazes/RJ

WhatsApp (21) 99750-8080

Instagram @jpadv.saude

Sobre este material

Preparado por **José Paes Advocacia**, com escritórios no Rio de Janeiro e em Campos dos Goytacazes. José Paes Neto, advogado, OAB/RJ 152.732.

Conteúdo jurídico informativo. Não é orientação para caso concreto e não substitui a orientação do médico.

Normas lidas até 2 de novembro de 2026. Três pontos ainda vão ser decididos pela Justiça: o limite da urgência, o reembolso fora da rede e a demora do plano em responder. Norma e jurisprudência mudam: confira a data antes de usar.

Referências

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar · CDC: Código de Defesa do Consumidor · CONSU: Resolução do Conselho de Saúde Suplementar · RN: Resolução Normativa da ANS · p.ú.: parágrafo único. Entre parênteses, o ano da decisão, quando a fonte o informa.

Página 3 · Por onde começar. RN 623/2024, arts. 6º, 10, caput e § 2º, 12, 14 e 16.

Página 4 · Tipos de plano. Lei 9.656/1998, arts. 10, § 12, 13, p.ú., II, e 16, p.ú. · RN 565/2022, art. 3º · RN 557/2022 · RN 566/2022, art. 13 · RN 438/2018, art. 8º, § 2º · STJ: Súmula 608.

Página 5 · Tabela de prazos. RN 623/2024, arts. 10, 11, 12, 14, 16 e 19 · RN 566/2022, arts. 3º e 10 · Lei 9.656/1998, arts. 12, III, "b", e VI, e 17, § 1º · RN 483/2022, arts. 10 e 12 (RN 657/2025) · RN 561/2022, art. 18 · RN 593/2023, arts. 4º e 6º (RN 617/2024) · RN 585/2023, art. 20, § 1º · RN 488/2022, art. 10 · RN 438/2018, arts. 8º e 8º-A.

Página 6 · Protocolo e atendimento. RN 623/2024, arts. 6º, 8º, 9º, III, "a" e "b", 10, caput e §§ 2º e 6º, e 13.

Página 7 · Prazo de resposta. RN 623/2024, art. 12, I e II, e §§ 1º, 4º, 5º e 6º · RN 566/2022, art. 3º, X · RN 489/2022, art. 99 (redação da RN 623/2024, art. 24) · STJ: Tema 1.467 (afetado, sem tese).

Página 8 · Negativa e gravação. RN 623/2024, arts. 10, §§ 5º e 7º, 14, caput e §§ 1º e 2º, 16, §§ 1º e 3º, e 19.

Página 9 · Ouvidoria. RN 623/2024, arts. 2º, II, 11, 15 e 16, caput e §§ 1º, II e III, 2º e 4º.

Página 10 · ANS. RN 483/2022, arts. 5º, 6º, §§ 2º, 3º, 5º e 7º, 8º, 10, 12, 13 e 14 (redação da RN 657/2025) · ANS, página "Canais de Atendimento ao Consumidor" (lida em 02/11/2026).

Página 11 · Procon e contrato. STJ: Súmula 608 · CDC, art. 105 · Lei 9.656/1998, art. 16, p.ú. · RN 557/2022, arts. 34 e 35.

Página 12 · Prazos de atendimento. RN 566/2022, art. 3º, caput e §§ 1º a 3º e 6º (RN 595/2023), e art. 13 · RN 465/2021, art. 2º, IV.

Página 13 · Falta de rede e reembolso. RN 566/2022, arts. 4º, 5º, 9º e 10 · STJ: Tema 1.375 (afetado, sem tese).

Página 14 · Rol e internação. Lei 9.656/1998, arts. 10, §§ 4º, 12 e 13 (Lei 14.454/2022), e 12, II, "a" e "b" · RN 465/2021, art. 19, I · STF: ADI 7.265 (2025) · STJ: Súmula 302 e Tema 990.

Página 15 · Junta médica. RN 424/2017, arts. 3º, 4º, §§ 1º a 3º, 6º, §§ 1º e 4º, 9º, § 1º, 10, VI e VII, e 11 · RN 623/2024, art. 12, §§ 3º e 4º.

Página 16 · Terapias e autismo. RN 541/2022, art. 3º · RN 465/2021, art. 6º, § 4º (RN 539/2022) · RN 566/2022, art. 3º · STJ: Tema 1.295 (2026).

Página 17 · Urgência. Lei 9.656/1998, arts. 12, V, "c", e 35-C · STJ: Súmula 597 · RN 566/2022, arts. 4º, § 3º, e 6º, p.ú. · CONSU 8/1998, art. 2º, V · RN 424/2017, art. 3º, I · RN 623/2024, arts. 8º e 12, I.

Página 18 · 12 horas e reembolso. CONSU 13/1998, arts. 2º, 3º, §§ 1º e 2º, 4º, p.ú., 6º e 7º (§§ 2º e 4º na redação da CONSU 15/1999) · Lei 9.656/1998, art. 12, II, "e", e VI · STJ: Tema 1.314 (afetado, sem tese).

Referências (continuação)

Página 19 · Carência. Lei 9.656/1998, arts. 12, V, 13, p.ú., I, e 14 · RN 557/2022, arts. 6º e 17.

Página 20 · Doença preexistente. Lei 9.656/1998, art. 11 e p.ú. · RN 558/2022, arts. 2º, 5º, §§ 1º, 2º e 4º, 6º, §§ 1º e 2º, 10, p.ú., e 15 a 17 · RN 557/2022, art. 7º.

Página 21 · Portabilidade. RN 438/2018, arts. 3º, 5º, p.ú., 8º, 8º-A (RN 585/2023), 11, 16, 17, 18 e 21.

Página 22 · Bebê e adotivo. Lei 9.656/1998, art. 12, III e VII · RN 558/2022, art. 20.

Página 23 · Acompanhante e dependentes. RN 465/2021, arts. 19, VII, e 21, I · Lei 9.656/1998, arts. 12, II, "f", e 30, § 3º · RN 557/2022, art. 3º, §§ 1º e 2º · RN 561/2022, art. 15, V · RN 438/2018, art. 8º, I e II.

Página 24 · Reajuste anual. RN 565/2022, arts. 3º, 8º, 9º, 10, 12, 24, 25, 28 a 30, 32, 37, 38 e 42 · RN 557/2022, art. 25.

Página 25 · Faixa etária. Lei 9.656/1998, art. 15 · Lei 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), art. 15, § 3º · RN 563/2022, arts. 2º, 3º, 4º e 6º.

Página 26 · Coparticipação. Lei 9.656/1998, art. 16, VIII · CONSU 8/1998, art. 2º, VII e VIII · RN 465/2021, art. 19, II · RN 565/2022, art. 8º, p.ú.

Página 27 · Atraso. Lei 9.656/1998, art. 13, p.ú., II · RN 593/2023, arts. 3º, 4º, §§ 3º e 4º, 5º, § 1º, 6º, caput e § 1º, 8º, 10 e 12 (com a RN 617/2024).

Página 28 · Cancelamento pelo plano. Lei 9.656/1998, art. 13, p.ú., II e III · RN 593/2023, art. 15 e § 1º · RN 557/2022, arts. 23 e 24, p.ú. · STJ: Temas 1.082 e 1.047 (2026).

Página 29 · Cancelar a pedido. RN 561/2022, arts. 3º, 4º, 6º, 7º, §§ 1º e 2º, 11, 15, 18, 20 e 21.

Página 30 · Demissão e aposentadoria. Lei 9.656/1998, arts. 30 e 31 · RN 488/2022, arts. 2º, 6º, § 2º, 10 e 23 · STJ: Tema 989 · RN 438/2018, art. 8º, III.

Página 31 · Rede. Lei 9.656/1998, art. 17, caput e §§ 1º, 2º e 4º · RN 585/2023, arts. 7º, 19, 20 e 21 · RN 438/2018, art. 8º-A.

Páginas 32 e 33 · Internet. As fontes das páginas indicadas em cada item · RN 657/2025 (protocolo) · RN 557/2022 (revogou a RN 195/2009).