

AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE – COBRANÇA ABUSIVA DE COPARTICIPAÇÃO

- Documento de identificação do assistido (RG e CPF) ou outro documento oficial com foto.
- Comprovante de residência
- Comprovante de renda do assistido (contracheque ou outros documentos comprobatórios)
- Carteira do plano de saúde ou documento que comprove o vínculo com a operadora.
- Contrato do plano de saúde ou condições gerais/regulamento do plano (se possuir).
- Fatura do plano de saúde **anterior ao início da cobrança considerada abusiva**, para fins de comparação.
- Faturas do plano de saúde nas quais constam as **cobranças de coparticipação questionadas**, com o respectivo detalhamento.
- Demonstrativo ou relatório de utilização do plano de saúde emitido pela operadora (quando disponível).
- Comprovantes de pagamento das faturas que contenham os valores de coparticipação questionados (se tiver pago).
- Eventuais comunicações da operadora do plano de saúde acerca da cobrança de coparticipação (notificações, avisos de cobrança, e-mails ou mensagens).
- Comprovantes de reclamações administrativas realizadas perante a operadora do plano de saúde, com indicação do número de protocolo.
- Eventual resposta da operadora às reclamações formuladas.
- Laudos médicos, prescrições ou relatórios clínicos que indiquem a necessidade de **tratamento contínuo ou terapias periódicas**, quando houver.
- Declaração de clínica, relatório de atendimento ou documento que comprove a **frequência das sessões terapêuticas ou tratamentos realizados**.
Relatórios de utilização do plano de saúde ou extratos obtidos no aplicativo ou portal da operadora.

- Eventuais notificações de **negativação, ameaça de cancelamento ou suspensão do plano de saúde.**