



SAUS Quadra 1, Bloco M, 7º andar, Brasília/DF, CEP 70070-935
Telefone: (61) 3213-3031/(61) 3031-3018 - <http://www.ans.gov.br>

Ofício nº: 68/2024/ASPAR/SECEX/PRESI/ANS

Brasília, 21 de agosto de 2024.

Ao Excelentíssimo Senhor

Luciano Bivar

Deputado Federal (União/PE) e Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados
(primeira.secretaria@camara.leg.br)

Assunto: Indicação nº 322, de 2024.

Senhor Primeiro-Secretário,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Ofício 1ªSec/I/E/nº 26/2024, que encaminha cópia da Indicação nº 322/2024, de autoria da Deputada Federal Maria Rosas (Republicanos/SP), por meio do qual sugere à Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que promova ações de fiscalização para investigar os casos de rescisão unilateral de contratos de planos privados de assistência à saúde de beneficiários com doenças graves ou deficiências e, se necessário, aplicar as devidas penalidades às operadoras que estiverem infringindo as normas vigentes sobre o tema, de modo a assegurar os direitos aos beneficiários.

Assim sendo, seguem os respectivos esclarecimentos técnicos à demanda parlamentar em apreço.

Importante registrar, inicialmente, que a ANS exige o registro dos planos de saúde que são comercializados pelas operadoras, por meio do sistema de registro de planos de saúde (RPS/ANS), mas não possui o registro dos contratos que são firmados.

Não obstante, é obrigação das operadoras informar à ANS sobre o vínculo de cada beneficiário com os planos de saúde registrados, por meio de sistema de informação de beneficiários (SIB/ANS), em que são informadas as datas de contratação e de cancelamento. Entretanto, no sistema de informação de beneficiários não são identificados os beneficiários que possuem doenças graves ou deficiências.

Para avaliar se eventual rescisão contratual por parte da operadora ocorreu em conformidade com a legislação em vigor, impende trazer **as regras de rescisão ou exclusão de beneficiários de contratos de planos de saúde** estabelecidas pela Lei nº 9.656/98 e pelas normas ANS que devem ser observadas pelas operadoras que ofertam ou disponibilizam planos de saúde privados aos consumidores.

Da Vedação do Impedimento de Participação e da Prática de Seleção de Risco

O art. 14 da Lei nº 9656/98 estabelece que **ninguém pode ser impedido por qualquer motivo de participar de plano privado de assistência à saúde**, seja por idade ou por ser portadora de deficiência, nos seguintes termos:

“Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. ([Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#)). ([Vide Lei nº 12.764, de 2012](#))”

Considerando o disposto no art.14 da Lei nº 9.656/98, a ANS disciplinou que nos planos privados de assistência à saúde **é vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras na contratação ou exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde. Esta vedação está disposta na Súmula Normativa nº 27, de 10 de junho de 2015** e nos planos coletivos, empresarial ou por adesão se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros:

“É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde. Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. **A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários**” (grifamos)

A proibição de seleção de riscos nos planos coletivos também está estabelecida na Resolução Normativa nº 557/2022 que determina expressamente que **para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante**, senão vejamos:

“Subseção I Da Proibição de Seleção de Riscos

Art. 22. Para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.”

Conforme acima exposto, o fato de ser portador de determinada doença ou condição de saúde não pode impedir o consumidor de contratar individualmente um plano de saúde ou aderir a plano coletivo (empresarial ou por adesão), estando a operadora de saúde sujeita às penalidades previstas na legislação setorial.

Portanto, **as normas estabelecidas pela ANS vedam a seleção de risco por parte das operadoras seja na contratação ou não exclusão de beneficiários, não podendo haver impedimento de participação em plano de saúde ou exclusão de beneficiários por este motivo, ou seja, pela sua condição de saúde ou o fato de ser pessoa portadora de deficiência.**

Das Regras de Rescisão de Contrato de Plano Individual ou Familiar

No que tange à rescisão ou cancelamento de contrato individual ou familiar, o art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9656/98 estabelece que a operadora tem a faculdade de rescindir estes contratos **somente nos casos de fraude ou inadimplência por mais de 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o contratante seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, e não pode rescindir o contrato durante a internação do titular (ou do dependente, conforme item 6 da Súmula 28/2015)** nos seguintes termos:

Lei nº 9656/98:

Art. 13. (...)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput, contratados individualmente**, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: ([Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#))

(...);

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e ([Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#));

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. ([Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#));”

(grifamos)

Súmula Normativa nº 28/2015:

“6. É vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente, no caso de plano privado de assistência à saúde de contratação individual ou familiar”.

Conforme exposto acima, vê-se que as regras estabelecidas no parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656/98 se aplicam aos contratos de planos individuais ou familiares (art. 16, VII, “a”, da Lei nº 9656/98), que somente podem ser rescindidos pela operadora nos casos de fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Cabe salientar que a Lei nº 9.656/98 buscou proteger ainda o contratante (beneficiário titular) de plano individual ou familiar ao estabelecer a vedação de **suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular, o que foi estendido pela ANS por meio da Súmula nº 28/2015 (item 6) aos beneficiários dependentes.**

Das Regras de Rescisão de Contrato de Plano Coletivo e Exclusão de Beneficiário

De modo diverso que nos planos individuais ou familiares, nos planos coletivos, pode haver duas situações para cancelamento do plano: **a exclusão pontual de um beneficiário ou a rescisão do contrato entre as pessoas jurídicas (a empresa contratante e a operadora) a pedido de uma ou outra parte.**

Desta forma, não sendo solicitado o cancelamento do plano a pedido do próprio consumidor, a operadora pode excluir o beneficiário **somente** em caso de fraude ou de perda de vínculo de titularidade (com a pessoa jurídica contratante) ou de dependência, **se estas condições para a exclusão dos beneficiários estiverem previstas no contrato. Vale ressaltar que, à exceção dessas duas hipóteses, a responsabilidade da exclusão do beneficiário de plano de saúde é sempre da pessoa jurídica contratante a qual ele está vinculado.**

No caso das pessoas jurídicas, **após o prazo de vigência inicial do contrato coletivo, a rescisão contratual imotivada pode ocorrer, devendo ser sempre precedida de notificação, observando-se as disposições contratuais, que estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor.** Somente poderá ser exigida a notificação prévia com 60 dias de antecedência da parte que foi comunicada da rescisão, por exemplo, se estiver disposto no contrato. Ressaltamos que esse prazo é para a pessoa jurídica contratante ou para a operadora que solicita a rescisão do contrato, não se aplicando aos beneficiários que desejem sair do plano.

As condições para a rescisão de contratos coletivos devem estar previstas no contrato e são válidas para o contrato como um todo, ou seja, para o contrato firmado com a pessoa jurídica contratante, não com o beneficiário a ela individualmente vinculado.

Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresário individual, a rescisão pode ser solicitada: a) pelo empresário individual contratante, hipótese em que pode ser exigido o aviso prévio e cobrança de multa ao contratante, **se previsto em contrato** (art. 23 da RN nº 557/2022); ou b) pela operadora, e neste caso, não sendo hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação (art. 14 da RN nº 557/2022).

Importante destacar que, **se houver rescisão do contrato de plano coletivo (por qualquer motivo) e existir algum beneficiário (titular ou dependente) em internação, a operadora de origem deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar, momento a partir do qual o beneficiário poderá exercer seu direito à portabilidade de carências (troca de plano sem cumprimento de novas carências ou de cobertura parcial temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes) para plano da mesma ou de outra operadora (art. 5º, parágrafo único, da RN nº 438/2018)**. Da mesma maneira, os procedimentos autorizados na vigência do contrato deverão ser cobertos pela operadora, uma vez que foram solicitadas quando o vínculo do beneficiário com o plano ainda estava ativo.

- Direito ao Exercício da Portabilidade de Carências

Importa dizer ainda que, **quando o beneficiário é excluído do seu plano de saúde ou tem o seu contrato rescindido, ele tem o direito de realizar a portabilidade de carências, ou seja, contratar um novo plano sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes**.

Para tanto, os beneficiários devem ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo de 60 dias para exercício do direito (art. 8º, § 1º da RN nº 438/2018).

Impende informar que **na rescisão de contrato coletivo e demais hipóteses previstas no art. 8º da RN nº 438/2018, a portabilidade é mais benéfica aos beneficiários por não se exigir os requisitos de vínculo ativo (o beneficiário pode não estar mais vinculado ao plano de saúde), de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço** previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º da citada resolução. Portanto, os beneficiários que se enquadram nessa hipótese podem realizar a portabilidade de carências para qualquer plano disponível no mercado. A ANS disponibiliza uma cartilha com informações sobre o exercício da Portabilidade de Carências, que pode ser consultada por meio do link: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/portabilidade-de-carencias/cartilha_final.pdf

Ressalta-se, por fim, que somente a Diretoria de Fiscalização pode avaliar, na apuração de cada denúncia que porventura tenha sido encaminhada pelo consumidor à ANS, se os direitos dos beneficiários afetados pelos cancelamentos unilaterais foram resguardados, ou seja, se a operadora que rescindiu o contrato de plano coletivo ou realizou a exclusão do beneficiário deste contrato, forneceu a documentação adequada, em tempo hábil, para que o beneficiários indicados na denúncia possam realizar a portabilidade de carência para plano da mesma ou de outra operadora, nos termos da RN nº 438/2018.

Da Atuação Fiscalizatória da ANS

Nessa senda, mister aclarar o exercício da fiscalização *strito sensu* no setor de saúde suplementar. Para o cumprimento dos deveres atribuídos, a Diretoria de Fiscalização da ANS estabeleceu em sua atuação, basicamente, dois tipos de fiscalização: a **proativa** e a **reativa**. As duas frentes de trabalho têm como norte a indução de boas práticas, visando a mudança de comportamento do agente regulado.

A fiscalização proativa compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e planejada, visando à otimização de esforços. Hoje vem sendo conduzida pelo “Projeto-Piloto da Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APFF)”, iniciado em agosto de 2023 e que se baseia na regulação responsiva. Em linhas gerais, esclareça-se que a APFF tem como objetivo a seleção de operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, cuja atuação seja objeto de demandas recorrentes de beneficiários, de acordo com índices estabelecidos pela ANS, em especial o Índice Geral de Reclamações (IGR), com vistas ao incentivo ao exercício da autorregulação, através da identificação das suas causas e a adoção de medidas para a sua adequação ou correção, e posterior acompanhamento, sem perder de vista critérios de exclusão e capacidade operacional frente aos recursos humanos disponíveis.

Em seu turno, a fiscalização reativa, em linhas gerais, tem como insumo a reclamação dos próprios beneficiários, seus interlocutores (canais de atendimento da ANS) ou por meio de órgãos externos, tais como o ora demandante, o Poder Judiciário e a Defensoria Pública (demandas institucionais). Recebidas essas demandas, a condução é feita pelo tratamento individualizado dado à conduta relatada, com fase prévia processual denominada Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, instrumento que visa a solução de conflito entre beneficiário e sua operadora ou administradora de benefícios. Frustrada a resolução consensual do conflito e esgotada a fase pré-processual, processo administrativo sancionador será instaurado (arts. 5º e seguintes da Resolução Normativa - RN nº 483/2022).

Assim, caso não alcançado o objetivo de solução pacífica da demanda, auto de infração é lavrado, com abertura de contraditório e ampla defesa, podendo, ao final do processo, ser aplicada penalidade, nos termos do art. 25 da Lei nº 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 489/2022.

Ainda no âmbito da fiscalização reativa, não havendo beneficiário identificado, mas, caso a conduta relatada indique a ocorrência de suposto indício de infração à saúde suplementar, instaura-se o Procedimento Administrativo Preparatório – PAP, também como etapa prévia à abertura de processo administrativo sancionador.

Cumprir fazer referência ao rito da representação, instaurado no âmbito das demais diretorias da ANS, cujo exercício da atividade fiscalizatória encontra-se disciplinado no art. 25 da RN nº 483/2022. Nesse contexto, os procedimentos de representação são iniciados pelos órgãos técnicos e, após a análise conclusiva sobre a configuração ou não da infração objeto de apuração, devem ser direcionados à Diretoria de Fiscalização para serem proferidas decisões de primeira instância.

- Dinâmica das atividades fiscalizatórias:

Oportuno se faz esclarecer que, para o cumprimento dos deveres fiscalizatórios atribuídos, a ANS, por meio de sua Diretoria de Fiscalização, estabeleceu em sua atuação, basicamente, dois tipos de fiscalização: a **proativa** e a **reativa**. As duas frentes de trabalho têm como norte a indução de boas práticas, visando à mudança de comportamento do agente regulado.

A fiscalização proativa compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e planejada, visando à otimização de esforços. Hoje vem sendo conduzida pelo “Projeto-Piloto da Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APFF)”, iniciado em agosto de 2023 e que se baseia na regulação responsiva. Em linhas gerais, esclareça-se que a APFF tem como objetivo a seleção de operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, cuja atuação seja objeto de demandas recorrentes de beneficiários, de acordo com índices estabelecidos pela ANS, em especial o Índice Geral de Reclamações (IGR), com vistas ao incentivo ao exercício da autorregulação, através da identificação das suas causas e a adoção de medidas para a sua adequação ou correção, e posterior acompanhamento, sem perder de vista critérios de exclusão e capacidade operacional frente aos recursos humanos disponíveis.

Em seu turno, a fiscalização reativa, em linhas gerais, tem como insumo a reclamação dos próprios beneficiários, seus interlocutores ou por meio de órgãos externos. Recebidas essas demandas, a condução é feita pelo tratamento individualizado dado à conduta relatada, com fase prévia processual

denominada Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, instrumento que visa solucionar o conflito entre beneficiário e sua operadora ou administradora de benefícios. Frustrada a resolução consensual do conflito e esgotada a fase pré-processual, o processo administrativo sancionador poderá ser instaurado (arts. 5º e seguintes da Resolução Normativa - RN nº 483/2022).

Ainda no âmbito da fiscalização reativa, não havendo beneficiário identificado, mas, caso a conduta relatada indique a ocorrência de suposto indício de infração à saúde suplementar, instaura-se o Procedimento Administrativo Preparatório – PAP, também como etapa prévia à abertura de processo administrativo sancionador.

Cumpra fazer referência, ainda, ao rito da representação, instaurado no âmbito das demais diretorias da ANS, cujo exercício da atividade fiscalizatória encontra-se disciplinado no art. 25 da RN nº 483/2022. Nesse contexto, os procedimentos de representação são iniciados pelos órgãos técnicos e, após a análise conclusiva sobre a configuração ou não da infração objeto de apuração, devem ser direcionados à Diretoria de Fiscalização para serem proferidas decisões de primeira instância.

- Das Pesquisas de Reclamações Recepcionadas pela Agência

Esclarecidas as premissas acima, nesse sentido, foi realizada a consulta junto ao banco de dados do Sistema Integrado de Fiscalização - SIF, em relação às Notificações de Intermediação Preliminar - NIP, instauradas **entre os anos de 2021 a março/2024**, cadastradas sobre:

Tema Rescisão Unilateral: segue descrição dos parâmetros considerados para a pesquisa sobre o tema rescisão unilateral:

- Demandas NIP
- Período: de janeiro/2021 a 31/3/2024
- Tema: Contratos e regulamentos
- Subtema: Suspensão e rescisão contratuais
- Palavras-chave: Excluídas as demandas que continham na descrição a expressão "solicitei o cancelamento" e variações (como "pedi a rescisão", "fiz o pedido de cancelamento", etc), ou "RN 412", posto que o subtema em questão é utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, relacionado ao término da relação jurídica firmada entre uma Operadora de plano de saúde e seus beneficiários, seja por ato unilateral da Operadora (com ou sem relato de negativa de cobertura), seja por solicitação de cancelamento ou exclusão por parte do beneficiário. Também foram excluídas as demandas que façam referência à RN 455 e à RN 561.

Com base nesses parâmetros, foram encontradas demandas de reclamação, consoante o abaixo discriminado. Esclareça-se que o ano da tabela de Mediação Prévia de conflitos tem como referência a data do registro da demanda. Já a tabela de auto de infração tem como referência a data de lavratura do auto e a tabela de multa, mais adiante, considerada o ano de publicação. Dessa forma, cada tabela apresenta o quantitativo de demandas/autos/multas geradas no ano. Vejamos:

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas de rescisão, por ano

Descrição	2021	2022	2023	2024 ¹
Em Análise no Âmbito da NIP	-	62	2908	1458
Finalizada no Âmbito da NIP	9.471	10.302	12.324	2.709

Abertura de Processo Sancionador e emissão de auto	699	732	47	10
Total	10.170	11.096	15.279	4.177

Fonte: SIF-Consulta - Extração: abril/2024

¹Até março/2024

Demandas de rescisão com autos lavrados, por ano de emissão do auto, segundo a situação mais recente do auto

Situação	2021	2022	2023	2024 ¹
Autos Válidos	367	452	45	4
Autos Anulados/Cancelados	180	92	6	-
Total	547	544	51	4

Fonte: SIF-Consulta - Extração: abril/2024

¹Até março/2024

As reclamações em comento são processadas no fluxo da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, instrumento regido pela Resolução Normativa - RN nº 483/2022, que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde/Administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual. Frustrada a resolução consensual do conflito, subsistindo indícios de infração, processo administrativo sancionador poderá ser instaurado, nos termos do mencionado normativo. Nesse sentido, reforça-se que as demandas ora citadas não necessariamente representam infração à legislação referente à saúde suplementar, o que será aferido no regular fluxo de análise de demanda.

Nessa toada, em relação aos quadros que tratam de processos sancionadores e seus desfechos decisórios há dois pontos primordiais. Além de representarem resíduo das demandas não resolvidas no âmbito da NIP, conforme fluxo apresentado e que fomenta a resolução em fase pré-processual, como já assinalado, há várias demandas em andamento, notadamente quanto ao ano corrente de 2024 e o último de 2023, findo recentemente.

Há, portanto, reclamações ainda objeto de apuração por parte dessa Agência, sendo necessária a devida prudência quanto à interpretação dos quantitativos citados, notadamente quanto ao seu suposto enquadramento como infração à legislação setorial, uma vez que os casos ainda se encontram pendentes de análise, excetuados aqueles em que já se chegou a uma resolução de conflito entre operadora e beneficiário ou já transitou em julgado em fase processual, nos termos dos normativos vigentes.

Ante o exposto, verifica-se que quanto às medidas adotadas nos casos identificados nas referidas consultas, a ANS abriu demanda e prosseguiu com o feito na forma dos normativos vigentes.

Fundamental ressaltar que, em virtude das limitações naturais que a busca por palavras-chave possui, é possível que a pesquisa apresente algumas imprecisões em relação ao que foi solicitado, haja vista que considera o relato apresentado pelo beneficiário quando do registro da demanda de reclamação perante a ANS.

- Das Multas Aplicadas em Demandas de Rescisão, por Ano

Ainda, no intuito de atender ao solicitado, foi realizada pesquisa, nos mesmos parâmetros acima indicados, no intuito de identificar as multas aplicadas em demandas de rescisão nos anos de 2021,

2022 a mar/2024, cabendo destacar que o período aqui indicado levou em consideração a data da publicação da multa em primeira instância administrativa.

Quantidade, valor da penalidade aplicada e valor arrecadado em demandas de rescisão por ano de publicação

Ano	Qtde	Valor Aplicado	Valor Arrecadado
2021	398	21.891.838	7.483.457
2022	278	16.304.282	6.690.372
2023	240	14.142.540	4.861.520
2024 ¹	92	4.990.240	382.320
Total	1.008	57.328.900	19.417.669

Fonte: SIF-Consulta - Extração: abril/2024

¹Até março/2024

Por todo o exposto, depreende-se que a atuação da ANS no tocante à fiscalização das rescisões encontra-se adequada, sendo marcada pelo exercício das atribuições dentro dos parâmetros estabelecidos em lei e regulamentação setorial, sendo possível observar tanto a efetividade do instrumento de mediação da NIP, como o resultado da fiscalização em sentido estrito, nos casos em que se prossegue com a abertura do processo administrativo sancionador, conforme previsto normatização aplicável.

Sendo essas as importantes considerações técnicas desta Agência Reguladora à demanda parlamentar em apreço, renovamos nossa plena disponibilidade em prestar quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,

Paulo Roberto Rebello Filho

Diretor-Presidente da ANS



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, em 22/08/2024, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **30343640** e o código CRC **81DA6464**.