



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 13/2025/ASPAR/MS

Brasília, 06 de janeiro de 2025.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Luciano Bivar

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 4257/2024

Assunto: Informações a respeito dos planos de saúde com processo administrativo instaurado por cancelamentos unilaterais de contratos e práticas consideradas abusivas por parte das operadoras.

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 441/2024, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente a o **Requerimento de Informação nº 4257/2024**, de autoria do **Deputado Alberto Neto (PL/AM)**, por meio do qual são requisitadas informações a respeito dos planos de saúde com processo administrativo instaurado por cancelamentos unilaterais de contratos e práticas consideradas abusivas por parte das operadoras, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pelas áreas técnicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio do Ofício 107/2024/ASPAR/SECEX/PRESI/ANS (0045157793).
2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Nísia Verônica Trindade Lima, Ministra de Estado da Saúde**, em 09/01/2025, às 17:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0045366951** e o código CRC **685F773D**.

Referência: Processo nº 25000.185989/2024-29

SEI nº 0045366951

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



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: 107/2024/ASPAR/SECEX/PRESI/ANS

Brasília, 19 de dezembro de 2024.

À Excelentíssima Senhora
Nísia Trindade Lima
Ministra de Estado da Saúde

Assunto: Requerimento de Informações nº 4257/2024

Senhora Ministra da Saúde,

Cumprimentando-a cordialmente, reporto-me ao Requerimento de Informações nº 4257/2024, de autoria do Deputado Federal Capitão Alberto Neto (PL/AM), por meio do qual requer informações a respeito dos planos de saúde com processo administrativo instaurado por cancelamentos unilaterais de contratos e práticas consideradas abusivas por parte das operadoras, elencando, para tanto, 3 (três) questionamentos.

1. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem acompanhado essa situação?
2. Quais são as punições e responsabilidades aplicadas aos planos de saúde nesses casos?
3. Como a agência tem atuado para que o interesse do consumidor seja respeitado e as operadoras de saúde não violem seus direitos?

Assim sendo, no que diz respeito às competências legais desta Agência Reguladora, seguem os devidos esclarecimentos técnicos à demanda parlamentar em apreço.

Seleção de Risco – Ilegitimidade para impedir contratação/ingresso e para motivar extinção de vínculo de beneficiário

Convém destacar, a seguir, a legislação do setor de saúde suplementar que disciplina o tema.

"LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

(...)

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

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)

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

(...)

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.

SÚMULA NORMATIVA Nº 27, DE 10 DE JUNHO DE 2015

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos XXIV, XXIX, XXXVI e XXXVII, do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando a existência de reclamações dos consumidores sobre comportamento de seleção de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

Considerando que o art. 14 da lei 9.656, de 3 de junho de 1998, veda que as operadoras de planos privados de assistência à saúde impeçam o ingresso de beneficiários em razão da idade ou por serem portadores de deficiência;

Considerando os mecanismos previstos em lei para mitigação de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, permitindo-se, quando for o caso, apenas a aplicação de carência, cobertura parcial temporária – CPT e agravos; e

Considerando que é vedada a não concretização da proposta de contratação de plano de saúde em virtude de seleção de risco em qualquer tipo de contratação;

Resolve adotar o seguinte entendimento:

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.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 558, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT), Declaração de Saúde (DS), Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

III - Agravos como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário; e

IV - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

(...)

Art. 6º Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.

§1º Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravos como opção à CPT.

§2º Caso a operadora não ofereça CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravos, nas condições descritas no caput deste artigo.

§3º Na hipótese de CPT, as operadoras somente poderão suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada.

§4º Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível na página institucional da ANS na internet – www.gov.br/ans.

Observe-se que a regulamentação setorial da saúde suplementar veda a prática de seleção de riscos por parte de operadora, seja na contratação, seja na exclusão de beneficiário, em qualquer modalidade de plano de saúde.

O perfil etário e/ou de saúde e/ou de utilização, do interessado ou do beneficiário, conforme o caso, não é justificativa legítima para que a operadora recuse proposta de contratação/adesão ou para que cancele o vínculo contratual.

Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a vedação, à seleção de risco, aplica-se tanto à totalidade da massa assistida quanto a um ou a alguns de seus membros.

O fato de o interessado/proponente ser portador de determinada doença ou de condição de saúde, ou determinado perfil etário, ao tempo da contratação/adesão, não o impede de acessar o plano de saúde, estando a operadora sujeita às penalidades previstas na regulamentação setorial.

Isso significa que o acesso a plano de saúde é garantido, por exemplo, mesmo que o interessado/proponente declare doença e/ou de lesão, no momento da contratação, de que saiba ser portador. Da mesma forma, a operadora não pode rescindir um contrato ou excluir um beneficiário de um plano motivada pela sua condição de saúde ou pelo fato de ser pessoa portadora de deficiência.

Cumprido advertir, entretanto, que a operadora, durante o curso da contratação, diante de indícios de omissão por parte do beneficiário, pode formalizar, perante a ANS, processo administrativo para apurar a ocorrência de fraude atribuída ao declarante. Se a decisão final lhe for favorável (reconhecimento da fraude), a operadora pode extinguir o vínculo do respectivo beneficiário.

Por oportuno, esta Agência acrescenta e destaca seu consolidado entendimento no sentido de que uma síndrome, por si só, não se enquadra no conceito de doença ou lesão preexistente e, por isso, declarada ou não a síndrome, no momento da contratação, tratar-se-ia de impossibilidade jurídica da pretensão (se objeto for especificamente a síndrome) do referido processo para apurar fraude.

Regime de Formação do Contrato Coletivo: Plano de Existência

É relevante esclarecer que, de acordo com o histórico panorama da regulamentação setorial da saúde suplementar sobre o tema, o interessado pessoa natural **não detém legitimidade para negociar e celebrar**, com operadora de plano de saúde, a **constituição de um novo contrato coletivo**.

Essa aptidão negocial é outorgada em geral apenas à pessoa jurídica legitimada (empregador ou associação, por exemplo) e especificamente ao empresário individual legitimado.

A premissa fática e lógica subjacente a essa dinâmica é que a pessoa jurídica "representa" uma massa, uma coletividade, um grupo de pessoas, que lhe está vinculada, por exemplo, por uma relação empregatícia ou associativa. E, nessa qualidade de "representante", a pessoa jurídica legitimada interessada negocia com a operadora uma proposta de aquisição de serviços em benefício da massa com que possui vínculo. Nesse contexto, a pessoa natural carece dessa legitimidade negocial para firmar uma contratação coletiva.

Nesse cenário, **a pessoa natural revestida de elegibilidade** (vínculo empregatício ou associativo, por exemplo, com a pessoa) **pode ingressar/aderir** a contrato já existente/constituído firmado entre a operadora e a pessoa jurídica com a qual possui vínculo.

Embora sejam assegurados direitos e garantias ao beneficiário de plano coletivo, ele não tem direito à ingerência sobre as posturas negociais travadas entre a pessoa jurídica e a operadora. Por isso, se os contratantes resolverem proceder a um distrato (resilição bilateral) do contrato coletivo, esse beneficiário não poderá se opor.

Oportuno acrescer que o legitimado coletivo tem a opção de contar com o serviço de Administradora de Benefícios (disciplina de atuação prevista na Resolução Normativa n.º 515/22 que revogou a Resolução Normativa n.º 196/09) para firmar o respectivo contrato com operadora de plano de saúde.

"Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009.

II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;

III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:

a) negociação de reajuste;

b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e

c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do caput, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;

II - terceirização de serviços administrativos;

III - movimentação cadastral;

IV - conferência de faturas;

V - cobrança ao beneficiário por delegação; e

VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

Art. 3º A Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.

Art. 4º A Administradora de Benefícios poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico.

Parágrafo único. Caberá à Operadora de Planos de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5º e 9º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, e da condição de elegibilidade do beneficiário.

Art. 5º Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica.

Parágrafo Único. Caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5º e 9º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, e da condição de elegibilidade do beneficiário." (NR). (Redação dada pela RN Nº 569, DE 19/12/22)

Art. 6º Não se enquadram como Administradoras de Benefícios os Corretores e Corretoras regulamentados pela Lei nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964.

Art. 7º É vedado à Administradora de Benefícios:

I – impedir ou restringir a participação de consumidor no plano privado de assistência à saúde, mediante seleção de risco; e

II – impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato.

Art. 8º A Administradora de Benefícios não poderá ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

Art. 9º É vedada a participação de Administradora de Benefícios e Operadora de Plano de Assistência à Saúde pertencentes ao mesmo grupo econômico em uma mesma relação contratual.

Art. 10 A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, por intermédio de Instrução Normativa, regulamentará os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios."

Dessa forma, nesse regime jurídico, desfeita a contratação (coletiva empresarial ou coletiva por adesão) entre pessoa jurídica e operadora, seja por distrato, seja por rescisão unilateral motivada ou imotivada, extinguem-se todos os vínculos de beneficiário até então conexos a essa contratação.

Extinção/Suspensão do Vínculo de Beneficiário

Ressaltam-se, abaixo, trechos da regulamentação setorial acerca da extinção do vínculo de beneficiário.

"LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

(...)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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)

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Da Rescisão ou Suspensão

Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Subseção III

Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 24. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde coletivos.

Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 15 desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; ou

III - a pedido do beneficiário.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 28, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos.

(...)

Art. 14. A operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do Contrato/Regulamento contendo os temas de acordo com as orientações do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, Anexo I desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. A cópia do Contrato/Regulamento de que trata este artigo deverá ser individualizada para cada plano registrado, sendo vedada a entrega de documento que contenha informações pertinentes a vários planos distintos, contendo a opção do contratante por determinado plano e/ou opção por módulos de segmentação assistencial.

(...)

ANEXO I

MANUAL DE ELABORAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde deve conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber.

No momento da contratação, a operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do contrato/regulamento, cuja página inicial deverá conter os itens abaixo, conforme o registrado na ANS:

(...)

Tema V - DURAÇÃO DO CONTRATO

A) Nos contratos de planos individuais ou familiares:

1. as operadoras deverão informar que o contrato vigorará por prazo indeterminado, bem como o início da vigência;
2. considerar-se-á, para início de vigência contratual em planos individuais, a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
3. a operadora poderá estipular que o prazo de vigência mínima do contrato será de um ano (art. 13, parágrafo único, da Lei nº 9.656/98), observando o disposto no Tema XVII, "A", deste Anexo, devendo, neste caso, indicar que a renovação automática do contrato será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

B) Nos contratos de planos coletivos:

1. as operadoras deverão informar o prazo do contrato, que será indeterminado, bem como o início da vigência (art. 1º I, da Lei nº 9.656/98);
2. as operadoras poderão estipular prazo de vigência mínima, devendo, nesse caso, indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor;
3. a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato entre as partes contratantes, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei nº 9.656, de 1998. As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora;
4. nos planos operados por autogestão, o início da vigência será a data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

(...)

Tema XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

A) Nos contratos de planos individuais ou familiares:

1. garantir, de acordo com o artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656, de 1998, que a rescisão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses:

- a. por fraude comprovada;
 - b. por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.
2. a operadora poderá estabelecer multa rescisória nos casos em que o beneficiário titular desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de um ano, que não poderá ser superior a 10% (planos médico-hospitalares) ou 20% (planos odontológicos) das mensalidades restantes para se completar doze meses.
- B) Nos contratos de Planos coletivos:**
- 1. definir as condições para rescisão e suspensão;**
 - 2. **nos planos coletivos empresariais contratados por empresários individuais**, prever que o contrato somente poderá ser rescindido pela operadora 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 de comunicação;
 - 3. especificar as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato;**
 - 4. especificar a multa nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.**
- C) Em um plano de autogestão, não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de beneficiário. As autogestões deverão informar que o encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com seu estatuto e respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Tem-se, pois, que a regulamentação setorial da saúde suplementar positiva distintos regimes jurídicos para cada tipo de contratação, um para a individual/familiar e outro, para coletiva.

Vale recordar que a rescisão unilateral do contrato individual/familiar por iniciativa da operadora só pode ser motivada, e, ainda, restrita apenas à fraude e à inadimplência.

Regime de Perda da Qualidade de Beneficiário em Contratação de Plano Coletivo

Por sua vez, em contrato de plano coletivo, empresarial ou por adesão, a extinção do vínculo de beneficiário pode ocorrer nas situações seguintes.

- I. art. 24 parágrafo único, incisos I e II, da RN 557/22: pontual extinção unilateral por iniciativa da operadora do vínculo de beneficiário coletivo, empresarial ou adesão, motivada por fraude ou, por perda da elegibilidade se assim previsto em contrato;
- II. interpretação, a contrario sensu, do art. 24 parágrafo único, da RN 557/22: além da fraude e perda da elegibilidade, permite que os contratantes (operadora e pessoa jurídica) convençionem expressamente em contrato, obedecidos demais limites normativos, a expressa estipulação de outras hipóteses de pontual extinção unilateral por iniciativa da operadora do vínculo de beneficiário coletivo, empresarial ou adesão;
- III. art. 23, RN 557/22 c/c tema XVII, B, 3 e 4, do anexo da IN ANS n.º 28/22 c/c art. 472, L. 10.406/02: permite, aos contratantes de planos coletivos (operadora e pessoa jurídica), o distrato (resilição bilateral), a rescisão unilateral motivada e a rescisão unilateral imotivada por iniciativa de qualquer uma das partes, situação em que se extinguem todos os vínculos de beneficiário desse contrato;
- IV. arts. 14 e 23, RN 557/22 c/c tema XVII, B, 1/4, do anexo da IN ANS n.º 28/22 c/c art. 472, L. 10.406/02: em contratação coletiva empresarial, permite, aos contratantes (operadora e empresário individual), o distrato (resilição bilateral), a rescisão unilateral motivada e a rescisão unilateral imotivada por iniciativa de qualquer uma das partes, situação em que se extinguem todos os vínculos de beneficiário desse contrato; e
- V. art. 24, parágrafo único, inciso III, da RN 557/22 c/c RN 561/22: permite o exercício da autoexclusão do contrato de plano coletivo pelo beneficiário cuja eficácia da solicitação é imediata a partir da ciência da operadora, não se submetendo o beneficiário à multa, aviso prévio ou a prazo mínimo.

Cumprido, pois, que, em contratação de plano coletivo, os negociantes legitimados (apenas operadora e contratante pessoa jurídica/empresário individual) podem convençionar as condições de rescisão e de suspensão de todo o contrato, bem como convençionar expressamente, além da fraude e da previsão da perda elegibilidade (insubsistência da qualidade de titular ou dependente), no exercício da autonomia privada (limitada pela regulamentação setorial, pelo Código Civil e pelo Código de Defesa do Consumidor, art. 1º e 35 G da Lei nº 9656/98 c.c Tema I do Anexo I da IN ANS nº 28/2022), as hipóteses em que se permite a exclusão pontual do vínculo de beneficiário.

Em qualquer contratação coletiva, até a efetiva rescisão contratual do plano, o beneficiário tem direito a todos os procedimentos contratados, não podendo ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente com a mensalidade.

Impõe informar que, se houver rescisão do contrato de plano coletivo por qualquer motivo e existir algum beneficiário titular ou dependente em internação, a operadora do plano de saúde deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar. 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.

Além disso, a fim de garantir a continuidade da assistência ao beneficiário que perdeu o plano de saúde, foi normatizada a possibilidade de exercício da portabilidade de carências, ou seja, o direito de contratar um novo plano sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária (no caso de doenças ou lesões preexistentes), conforme o disposto no art. 8º da RN nº 438/2018.

A operadora deve comunicar ao beneficiário, no momento da sua exclusão ou da rescisão do seu contrato, sobre o direito à realização da portabilidade de carências, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem e o início e o fim do prazo de 60 dias para exercício do direito (art. 8º, § 1º da RN nº 438/2018).

- Entendimento Sobre o Beneficiário em Internação Hospitalar Quando da Rescisão do Contrato Coletivo

A Lei nº 9.656/98 veda a rescisão unilateral dos planos individuais ou familiares durante a internação do titular, mesmo em casos de fraude ou não pagamento da mensalidade. Com a publicação da Súmula Normativa nº 28/2015, esse direito foi estendido também ao beneficiário

dependente, deixando claro o posicionamento da ANS de que não pode haver interrupção, sob qualquer hipótese, do atendimento pela operadora à internação hospitalar de beneficiários, titular ou dependente, mas manteve a restrição aos planos individuais ou familiares.

As normas em vigor editadas pela ANS dispõem que as regras de suspensão de cobertura e de rescisão do contrato de planos coletivos devem estar previstas no instrumento particular celebrado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de planos de saúde.

O legislador e o órgão regulador adotaram medidas para proteger o beneficiário que contrata individualmente um plano de saúde para si e sua família, pois entendeu que esses contratantes possuem pouco poder de barganha junto às operadoras. No entanto, todo beneficiário, independentemente do tipo de contratação do seu plano, é vulnerável e hipossuficiente perante as operadoras.

No entanto, a internação hospitalar, assim como todos os procedimentos de assistência à saúde, é afeta ao indivíduo, própria de uma pessoa física. Por esse motivo, uma vez que a relação entre beneficiário e operadora de planos de saúde não é isonômica, há que se considerar que o beneficiário de plano coletivo que está em internação hospitalar não deve ser prejudicado pela rescisão contratual acordada entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

Considerando que as internações devem ser previamente autorizadas pela operadora de planos de saúde, é razoável defender que a responsabilidade pelo seu pagamento deve ser imputada à operadora que os autorizou.

Além disso, em qualquer tipo de contratação de plano de saúde, o contratante tem o dever do pagamento da mensalidade e a operadora de planos de saúde, por sua vez, tem o dever de cobrir o risco (evento futuro e incerto) assegurado, isto é, custear as despesas assistenciais e/ou reembolso quando o risco se concretiza.

O custeio da despesa inerente à cobertura assistencial do beneficiário está localizado no plano da eficácia e não no plano da existência, por isso, estende-se por toda duração do procedimento e ainda que o contrato não mais vigore. Logo, mesmo se rescindido o contrato coletivo, a internação hospitalar em curso deve ser integralmente mantida e coberta pela operadora que a autorizou no momento em que o contrato ainda vigorava.

Há que se notar, ainda, que o artigo 1º da Lei nº 9656/98, é bastante esclarecedor quando define plano de saúde como a prestação continuada de cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado e sem limite financeiro, com a finalidade de garantir a assistência à saúde.

Por isso, pode-se concluir que as operadoras devem cobrir as internações hospitalares, sem qualquer limite financeiro, ocorridas na vigência do contrato, por prazo indeterminado, até que as despesas assistenciais decorrentes desses eventos terminem.

Se a operadora pudesse interromper o custeio de um procedimento com a simples rescisão contratual, ela estaria fixando um limite financeiro à cobertura assistencial, o que é expressamente vedado pela Lei.

Nessa linha de raciocínio, pode-se afirmar que a operadora de planos de saúde deve cobrir, mesmo após a rescisão do contrato coletivo, todas as despesas decorrentes da internação do beneficiário em curso até a alta médica.

Se houver intercorrências durante a internação hospitalar que foi iniciada antes da rescisão do contrato, a cobertura assistencial das intercorrências, inclusive as consultas decorrentes, deve ser custeada pela operadora até que ocorra a alta médica. Contudo, não será obrigatória a cobertura de uma consulta de retorno pós-cirúrgico após a alta e depois que o contrato foi rescindido.

Entende-se, portanto, que a operadora à qual o beneficiário internado estava vinculado antes da rescisão do contrato é responsável pela prestação ininterrupta da assistência, independentemente do tipo de contratação do plano de saúde, mesmo que este beneficiário passe a se vincular a outra operadora.

Diante dos fundamentos aqui expostos, e considerando ainda os Princípios da Razoabilidade e da Dignidade da Pessoa Humana dispostos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a área técnica da ANS sustenta o entendimento de que a operadora, mesmo após a rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário do plano (salvo na hipótese de pedido do próprio beneficiário), tem a obrigatoriedade de pagamento da internação em curso até a alta hospitalar.

- Direito ao Exercício da Portabilidade de Carências

Ressalta-se, 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 da mesma ou de outra operadora sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes, devendo a operadora comunicar os beneficiários da possibilidade de exercício deste direito (art. 8º, caput, I, e § 1º da RN nº 438/2018).

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.

Consignados esses esclarecimentos preliminares, convém reiterar que a ANS, na qualidade de entidade integrante da Administração Pública, tem o dever constitucional de obedecer, notadamente, ao princípio da legalidade estrita. O poder normativo da agência reguladora deve ser exercido dentro dos parâmetros da juridicidade (Constituição da República de 1988, leis e princípios). Portanto, não se pode exceder ou abusar do exercício desse poder-dever regulatório, sob pena de insegurança jurídica no mercado regulado. Nesse passo, esta área técnica repisa que está vinculada e submetida ao rito do devido processo para edição de normativos estabelecido no regimento interno da ANS, e acrescenta está à disposição para subsidiar tecnicamente as decisões regulatórias a serem adotadas pela Diretoria Colegiada.

Nessa quadra, insta frisar que o legislador ordinário, na Lei 9.656/98, positivou tratamento diferenciado para os regimes de contratação individual/familiar e de contratação coletiva.

A disciplina para o vínculo de beneficiário individual/familiar é mais protetiva. Nesse tipo de contratação, os contratantes são a operadora e o próprio beneficiário. A própria lei, em sua ponderação de valores, restringe a liberdade contratual da operadora em prol da manutenção dos serviços assistenciais do beneficiário com esse tipo de vínculo. A rescisão por iniciativa da operadora não pode ser imotivada. A lei ainda limita as hipóteses para o exercício da rescisão motivada a apenas duas, quais sejam, à fraude e à inadimplência.

A Lei 9.656/98, por outro lado, em relação à contratação coletiva, não conferiu a mesma proteção ao beneficiário. Nesse tipo de contratação, os contratantes são a operadora e a pessoa jurídica (empresa empregadora ou associação, por exemplo). Aqui, nesse panorama legal, a liberdade de vinculação ou exoneração contratual é mais ampla. Não há vedação ou limitação legal para o exercício da rescisão contratual unilateral imotivada por iniciativa desses contratantes.

Reflete-se acerca da conveniência e da oportunidade de implementação de regras mais rígidas que limitem a liberdade contratual da operadora de plano de saúde em plano coletivo com o fim de potencializar a tutela ao beneficiário. Juridicamente, entretanto, os princípios constitucionais da legalidade e da intervenção mínima, principalmente, mitigam o poder normativo do ente regulador, logo, adequado seria uma alteração legislativa em sentido estrito para tal desiderato. Tecnicamente, o cerne dessa análise é, sobretudo, a abstração das prováveis repercussões

econômicas de tal alternativa na dinâmica do mercado regulado. Efeitos prospectivos comezinhos seriam, por exemplo, a redução de oferta desse tipo de contratação e/ou elevação do valor inicial da contratação. Seria necessário, portanto, o estreitamento e a intensificação de diálogos institucionais para aprimorar o debate acerca da identificação das fragilidades do atual modelo e sobre a proposição de soluções jurídicas e econômicas adequadas para o equacionamento das tensões de interesses, com o propósito do crescimento e manutenção da qualidade e da satisfação no setor da saúde suplementar.

A denúncia vazia (rescisão imotivada) da contratação coletiva exercida pela operadora de plano de saúde nos termos contratuais e nos parâmetros normativos vigentes caracteriza exercício regular de direito. Contudo, caso se identifiquem indícios de irregularidade à regulamentação setorial, o fato deve ser submetido à apuração da Diretoria da Fiscalização da ANS.

A apuração a respeito do exercício abusivo ou ilegítimo do exercício da rescisão unilateral imotivada deve ser realizada em cada situação específica para seja avaliado se foi adotada, por exemplo, a vedada prática da seleção de risco.

Da Atuação Fiscalizatória da ANS

- Dinâmica das atividades fiscalizatórias:

Inicialmente, o poder de polícia da ANS como expressão da atividade fiscalizatória é baseado na normatização vigente aplicável ao setor de saúde suplementar, assim compreendida sua regulamentação pelo órgão regulador, que por sua vez, decorre de expressa delegação feita por legislação federal (marcos legais: Lei n.9656/1998 e Lei n.9.961/2000).

Para o cumprimento dos deveres atribuídos, esta Diretoria estabeleceu em sua atuação, basicamente, dois tipos de fiscalização: a reativa e a proativa. As duas frentes de trabalho têm como norte a indução de boas práticas, visando à mudança de comportamento do agente regulado.

A fiscalização reativa, em linhas gerais, tem como insumo a reclamação dos próprios beneficiários, seus interlocutores ou 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), caso sejam verificados indícios de infração.

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, 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 a esta Diretoria de Fiscalização para serem proferidas decisões de primeira instância.

Em seu turno, a fiscalização proativa compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e planejada, visando à otimização de esforços. Hoje vem sendo conduzida pelas Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APF), iniciado em agosto de 2023 e que se baseia no modelo de regulação responsiva. Em linhas gerais, esclareça-se que a APF 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.

- Das Medidas Recentes Adotadas pela ANS em Relação ao Tema

Quanto às medidas recentes adotadas pela ANS em relação a esta matéria, cumpre esclarecer que a Diretoria de Fiscalização da Agência abriu Procedimentos de Administrativos Preparatórios – PAP's em face de diversas operadoras que foram alvo de demandas institucionais ou de imprensa, que chegaram ao conhecimento, em razão de rescisão unilateral de contratos de beneficiários portadores de determinadas patologias, de necessidades especiais ou de idosos, visando coletar mais informações para além do tratamento das demandas individualizadas.

Foram abertos, portanto, 12 PAPs em face de operadoras diversas, todos em análise frente ao número de dados e informações coletados.

- a) **Processo 33910.018923/2023-17** - Operadora **UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL** (registro ANS 339679)
- b) **Processo 33910.021271/2023-90** - Operadora **Bradesco Saúde** (registro ANS 005711)
- c) **Processo nº 33910.021273/2023-89** - Administradora de Benefício **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.** (registro ANS 417173).
- d) **Processo 33910.021264/2023-98** - Operadora **Plena Saúde** (registro ANS 348830).
- e) **Processo 33910.021256/2023-41** – Operadora Associação de Beneficência e Filantropia **São Cristovão** (registro ANS 314218).
- f) **Processo 33910.021267/2023-21** – Operadora **Notre Dame** Intermédica Saúde (registro ANS 359017).
- g) **Processo 33910.021269/2023-11** – Operadora **Sul América** Companhia de Seguro de Saúde (registro ANS 006246).
- h) **Processo 33910.016491/2024-82** – Operadora **HAPVIDA** ASSISTÊNCIA MÉDICA (registro ANS 368253).
- i) **Processo 33910.015705/2024-01** – Operadora **AMIL** ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A (registro ANS 326305).
- j) **Processo 33910.015683/2024-71** – Operadora **UNIMED-RIO** COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO (registro ANS 393321).
- k) **Processo 33910.023061/2024-17** – Operadora **UNIMED RECIFE** COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (registro ANS 344885).

I) **Processo 33910.025037/2024-12 –ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.** (registro ANS 417459).

Como pode ser percebido, a ANS vem acompanhando de perto essa questão, adotando as medidas previstas na legislação em vigor nos casos em que sua atuação se mostrou necessária, além de todo o desenvolvimento de demandas individualizadas que melhor será explicitado no tópico abaixo.

- **Das Pesquisas de Reclamações Recepcionadas pela Agência**

Esclarecidas as premissas iniciais acima, nesse sentido, foi realizada consulta junto ao banco de dados do Sistema Integrado de Fiscalização - SIF, em relação às Notificações de Intermediação Preliminar - NIP, como visto, competência primária da Diretoria de Fiscalização da ANS, instauradas entre os anos de 2021 a setembro/2024, cadastradas sobre o tema Rescisão Unilateral, adotando os seguintes parâmetros:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Data de atendimento entre 01/01/2021 e 30/09/2024;
- Tema = “Contratos e Regulamentos”
- Subtema = “Suspensão e Rescisão Contratuais”;
- Para demandas com data de atendimento até 30/04/2024: busca realizada por meio de exclusão de demandas NIP - cadastradas no subtema em questão - com base em palavras/expressões-chave. As demandas excluídas foram aquelas que continham em sua descrição expressões que remetessem à solicitação de cancelamento ou exclusão por parte do beneficiário, como, por exemplo, "solicitei o cancelamento", "pedi a rescisão", "fiz o pedido de cancelamento", "RN 412" etc;
- Para demandas com data de atendimento a partir de 01/05/2024: seleção de demandas NIP cadastradas no subtema em questão e que a variável TP_RESCISAO é igual a “OPS/ADM”.

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. Para uma melhor compreensão inicialmente traremos os dados da pesquisa sobre reajuste e em seguida sobre a de rescisão devidamente identificadas no nome em negrito acima da respectiva tabela. Vejamos:

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas de rescisão unilateral, por ano de cadastro da demanda					
Descrição	2021	2022	2023	2024 ¹	Total
Em Análise no Âmbito da NIP	0	0	1.742	3.314	5.056
Finalizada no Âmbito da NIP	8.847	9.643	12.380	8.775	39.645
Abertura de Processo Sancionador e emissão de auto	682	764	543	54	2.043
Total	9.529	10.407	14.665	12.143	46.744
Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 17/10/2024					
¹ Até 30/09/2024					

Demandas de rescisão unilateral com autos lavrados, por ano de emissão do auto, segundo a situação mais recente do auto					
Situação	2021	2022	2023	2024 ¹	Total
Autos Válidos	337	372	325	298	760
Autos Anulados	196	207	59	39	357
Total	533	579	384	337	1.117
Fonte: SIF-Consulta - Data de extração: 17/10/2024					
¹ Até 30/09/2024					

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.

Mais especificamente, portanto, quanto ao ora questionado acerca de processos, e considerando a dinâmica/rito processual desta Agência, remete-se ao segundo quadro acima exposto, que traz o quantitativo de demandas que deram origem a processos sancionadores.

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. Em assunto que envolve rescisão, em especial quando se trata de plano coletivo, há ainda a tendência que determinada reclamação não necessariamente represente violação à legislação aplicável ao setor, cabendo à Diretoria de Fiscalização da ANS, diante de um caso concreto, fazer a subsunção do fato à norma, conforme a regulamentação vigente.

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 pesquisas, 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, com o intuito de trazer evidências sobre a matéria em exame, foi realizada pesquisa, nos mesmos parâmetros acima indicados, no intuito de identificar as multas aplicadas em demandas de reajuste **nos anos de 2021, 2022 a set/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 unilateral, por ano de publicação			
Ano	Qtde	Valor Aplicado	Valor Arrecadado
2021	384	R\$ 21.354.438,00	R\$ 7.635.502,00
2022	275	R\$ 16.147.082,00	R\$ 7.013.564,00
2023	230	R\$ 13.709.940,00	R\$ 5.123.904,00
2024 ¹	227	R\$ 12.659.840,00	R\$ 2.161.600,00
Total	1.066	R\$ 63.871.300,00	R\$ 20.690.277,00
Fonte: SIF-Consulta e PDA, "Penalidades aplicadas as operadoras" - Data de extração: 17/10/2024			
¹ Até 30/09/2024			

Vale destacar que os tipos infracionais são definidos na Resolução Normativa nº 489/22 - Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE00Q==>. Os tipos mais comuns para a prática relatada são os seguintes:

"Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Individual

Art. 106. Suspende ou rescindir unilateralmente o contrato individual ou familiar, em desacordo com a lei:

Sanção – multa de R\$ 80.000,00.

Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo

Art. 107. Suspende ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação:

Sanção - multa de R\$ 80.000,00."

Por todo o exposto, depreende-se que a atuação da ANS, com limitados recursos humanos e orçamentários, exerce o seu papel fiscalizatório, sendo marcado pelo exercício das atribuições dentro dos parâmetros estabelecidos na 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.

- Conclusão

Por todo o exposto, tem-se que a regulamentação setorial da saúde suplementar proíbe que a operadora limite, parcial ou integralmente, o acesso de interessado/proponente a plano de saúde exclusivamente por conta de sua condição de saúde. No mesmo sentido, proíbe-se que o já beneficiário tenha seu vínculo suspenso ou extinto por conta exclusivamente dessa condição de saúde.

Tem-se, ainda, que o atual panorama do regime jurídico de contratação coletiva permite que a operadora de plano de saúde exerça, nos termos normativos e contratuais, a rescisão unilateral imotivada desse contrato.

Ademais, depreende-se que a atuação da ANS, com limitados recursos humanos e orçamentários, exerce o seu papel fiscalizatório, sendo marcado pelo exercício das atribuições dentro dos parâmetros estabelecidos na 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.

Conforme se buscou demonstrar, a ANS vem acompanhando de perto essa questão, adotando as medidas previstas na legislação em vigor nos casos em que sua atuação se mostrou necessária.

Por fim, considerando a série de notícias a respeito de cancelamento de contratos de planos de saúde coletivos, e, dada a competência legal atribuída à ANS para promover a regulação do setor, a Agência publicou em sua página institucional na internet uma Nota de esclarecimentos

com a finalidade de afastar eventuais dúvidas e incompreensões sobre cancelamento e rescisão de contratos. Essa Nota pode ser acessada por meio do link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/nota-da-ans-sobre-cancelamento-e-rescisao-de-contratos>.

Sendo essas as 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 19/12/2024, às 19:00, 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 **31229396** e o código CRC **78524079**.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 441

Brasília, 12 de dezembro de 2024.

A Sua Excelência a Senhora
NÍSIA TRINDADE
Ministra de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhora Ministra,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

PROPOSIÇÃO	AUTOR
Requerimento de Informação nº 4.216/2024	Deputado Marcos Pollon
Requerimento de Informação nº 4.217/2024	Deputada Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 4.223/2024	Deputado Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 4.224/2024	Deputado Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 4.228/2024	Deputado Marcos Pollon
Requerimento de Informação nº 4.257/2024	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 4.258/2024	Deputado Zé Haroldo Cathedral
Requerimento de Informação nº 4.297/2024	Deputada Rogéria Santos

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR



Documento assinado por:
13/12/2024 14:21 - Dep. LUCIANO BIVAR
Selo digital de segurança: 2024-YTYN-PXIA-FOMF-FEOC
Ofício 1ªSec/RI/E/nº 441 (0045057424)

SEI 25000.185989/2024-29 / pg. 13



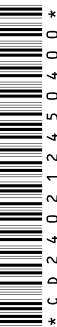
REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº DE 2024
(Do Sr. Capitão Alberto Neto)

Requer da Excelentíssima
Ministra da Saúde, Senhora Nísia
Trindade, informações a respeito dos
planos de saúde com processo
administrativo instaurado por
cancelamentos unilaterais de
contratos e práticas consideradas
abusivas por parte das operadoras.

Senhor Presidente,

Com fundamento no art. 50, § 2º, da Constituição Federal, combinado com os arts. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro seja encaminhado requerimento de informações a respeito dos planos de saúde com processo administrativo instaurado por cancelamentos unilaterais de contratos e práticas consideradas abusivas por parte das operadoras.

1. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem acompanhado essa situação?
2. Quais são as punições e responsabilidades aplicadas aos planos de saúde nesses casos?
3. Como a agência tem atuado para que o interesse do consumidor seja respeitado e as operadoras de saúde não violem seus direitos?





Justificativa

Notícias sobre o cancelamento unilateral de planos de saúde por parte das operadoras estão cada vez mais frequentes. A situação se torna ainda mais grave quando os contratos de pessoas com deficiência e idosos são rompidos sem nenhuma explicação e inesperadamente. As queixas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) subiram 99%.

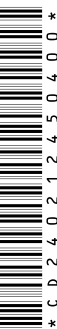
A Senacon (Secretaria Nacional do Consumidor), vinculada ao Ministério da Justiça, disse ter instaurado um processo administrativo contra 14 planos de saúde por cancelamentos unilaterais de contratos e práticas consideradas abusivas por parte das operadoras.¹

Segundo o órgão, a decisão foi tomada depois de um estudo detalhado de monitoramento de mercado que observou irregularidades nas rescisões de contratos dos planos de saúde. As práticas identificadas violam os princípios do Código de Defesa do Consumidor e as normas do setor de saúde suplementar, impactando milhares de brasileiros.

O cancelamento unilateral dos planos representa uma grave violação de direitos e uma ameaça significativa à saúde e bem-estar de uma população vulnerável. Não se pode permitir que esses abusos continuem acontecendo e prejudicando quem mais necessita.

Sendo a fiscalização uma das funções típicas do legislador, faz-se necessária a aprovação deste requerimento de informações para obtenção de dados suficientes a respeito da atuação do Poder Executivo, a fim de se assegurar a efetividade das leis ou, se assim for necessário, tomar medidas para que sejam implementadas de forma eficiente e transparente.

¹ <https://www.poder360.com.br/poder-saude/governo-abre-processo-administrativo-contr-14-planos-de-saude/>





Câmara dos Deputados
Gabinete do Deputado Capitão Alberto Neto – PL/AM

Brasília, 26 de novembro de 2024

CAPITÃO ALBERTO NETO
PL/AM

Apresentação: 26/11/2024 12:23:01.143 - MESA

RIC n.4257/2024



* C D 2 4 0 2 1 2 4 5 0 4 0 0 *