



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 494/2025/ASPAR/MS

Brasília, 23 de abril de 2025.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Carlos Veras

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 418/2025

Assunto: *Informações a respeito da omissão da ANS no âmbito regulatório relacionado ao cancelamento de planos de saúde para autistas.*

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 52/2025, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente a o **Requerimento de Informação nº 418/2025**, de autoria do **Deputado Federal Capitão Alberto Neto - PL/AM**, por meio do qual são requisitadas informações *a respeito da omissão da ANS no âmbito regulatório relacionado ao cancelamento de planos de saúde para autistas*, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por meio de Ofício nº: 29/2025/ASPAR/SECEX/PRESI (0046587267).
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,

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro de Estado da Saúde**, em 06/05/2025, às 19:37, 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 **0047360879** e o código CRC **F4A6CDDF**.

Referência: Processo nº 25000.026472/2025-80

SEI nº 0047360879

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



Av. Augusto Severo, 84 - Bairro Gloria Telefone: 0800 701 9656
CEP 20021-040 Brasília/RJ - <http://www.ans.gov.br>

Ofício nº: 29/2025/ASPAR/SECEX/PRESI

Brasília, 10 de março de 2025.

Ao Excelentíssimo Senhor
Alexandre Padilha
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: Requerimento de Informações nº 418/2025

Senhor Ministro da Saúde,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Requerimento de Informações nº 418/2025, de autoria do Deputado Federal Capitão Alberto Neto (PL/AM), por meio do qual requer informações a respeito da suposta omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no âmbito regulatório, relacionado ao cancelamento de planos de saúde para autistas, elencando, para tanto, 4 (quatro) questionamentos.

- 1. Por que a ANS não implementou regulamentações específicas para impedir o cancelamento unilateral e injustificado de planos de saúde de beneficiários com TEA? A ausência de normas claras tem permitido práticas discriminatórias por parte das operadoras, resultando na violação dos direitos dessas pessoas aos serviços de saúde.*
- 2. Como a ANS justifica sua inação diante das mais de 36 mil queixas registradas entre 2022 e 2024 sobre negativas de atendimento a pessoas com TEA, conforme apontado pelo MPF?*
- 3. Quais medidas concretas a ANS pretende adotar para coibir práticas discriminatórias por parte das operadoras de planos de saúde contra indivíduos com TEA, especialmente no que tange ao descredenciamento imotivado de clínicas e profissionais especializados?*
- 4. Como a ANS pretende aprimorar seus mecanismos de fiscalização e controle para garantir que as operadoras de planos de saúde cumpram as determinações legais de não discriminação e assegurem a prestação contínua de serviços a beneficiários com TEA?*

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

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

De acordo com o disposto no art. 14 da Lei nº 9.656/98, **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, como informa nos seguintes termos:

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

“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](#))”

Neste sentido, cabe ressaltar que nos planos privados de assistência à saúde **é vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde na contratação ou exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde**. Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. Esta vedação está disposta na Súmula Normativa nº 27, de 10 de junho de 2015, nos seguintes termos:

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 agravo; 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.”

(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:

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

“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.”** (grifamos)

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. 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.**

Cabe ressaltar que o acesso a plano de saúde está garantido, ainda que o consumidor declare ser portador de eventual doença e/ou de lesão preexistente no momento da contratação, o que deve ser informado à operadora:

"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)"

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

"CAPÍTULO I Das Disposições Gerais

(...)

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 sofredor, 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 - Agravo 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 Agravo 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 Agravo, 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.

(...)

Seção III Da Declaração de Saúde

(...)

Art. 10. A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba

ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, e conterà, obrigatoriamente (...)" (grifamos)

No entanto, havendo indícios de que o beneficiário omitiu a informação de ser portador de doença ou lesão preexistente no ato da contratação, a operadora pode solicitar, no prazo de 24 meses da adesão ao plano de saúde, a abertura de processo administrativo à ANS para apurar a ocorrência da omissão atribuída ao beneficiário. Se a decisão final for favorável à operadora, ela poderá extinguir o vínculo do respectivo beneficiário de contrato coletivo ou rescindir o contrato de plano individual ou familiar por fraude (art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98).

Acrescenta-se ainda o entendimento consolidado nesta GEMOP de que uma síndrome ou transtorno (como o TEA) por si não se enquadra no conceito de doença, sequer como doença ou lesão preexistente e, por isso, caso seja declarada pelo beneficiário ou seu representante legal no momento da contratação, a operadora somente poderia oferecer a cobertura parcial temporária (art. 2º, II, da RN nº 558/2022) ao beneficiário caso ele tenha informado ser portador de eventual agravamento à saúde em decorrência de ser portador da síndrome ou transtorno, caracterizando-se, portanto, a impossibilidade jurídica da pretensão da operadora na alegação de fraude do beneficiário, se o seu objeto for especificamente a síndrome, sem que ele tenha informado ser portador de eventuais consequências à saúde advindas dessa condição.

Portanto, **as normas estabelecidas pela ANS vedam a seleção de risco por parte das operadoras seja na contratação ou na exclusão de beneficiários, não podendo haver impedimento de participação em plano de saúde coletivo ou exclusão de beneficiários por este motivo, em qualquer modalidade de plano de saúde.**

Extinção ou Suspensão do Vínculo do Beneficiário

No que tange à rescisão ou cancelamento de contrato individual ou familiar, o art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/98 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 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. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)."

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.

No entanto, **com a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 593/2023, em 01/12/2024**, tal garantia foi ampliada por este normativo que estabeleceu **regras para a notificação por inadimplência à pessoa natural contratante de plano privado de assistência à saúde e ao beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora**, dentre elas a **vedação à suspensão ou a rescisão unilateral do contrato da pessoa natural contratante por iniciativa da operadora ou a exclusão do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora durante a internação de qualquer beneficiário, titular ou dependente, de plano privado de assistência à saúde que possua cobertura assistencial hospitalar**, o que resultou no cancelamento da Súmula nº 28/2015.

Além da vedação acima exposta, as regras estabelecidas pela RN nº 593/2023 determinam que:

- 1 - O beneficiário somente poderá ter o seu plano cancelado por inadimplência **se deixar de pagar, no mínimo, duas mensalidades**, consecutivas ou não.
- 2 - A exclusão do beneficiário ou a rescisão do contrato por inadimplência somente poderá ocorrer se houver **comprovada notificação** sobre a situação de inadimplência e após o **prazo de 10 dias** da notificação, desde que o débito não tenha sido quitado.
- 3 - Os dias de pagamento em **atraso** de mensalidades já quitadas **não são contados como período de inadimplência**.
- 4 - **Se o beneficiário discordar do valor ou da cobrança** referente às mensalidades não pagas, ele **poderá fazer um questionamento** sobre a notificação por inadimplência realizada pela operadora **sem perder o prazo para o pagamento do débito**.
- 5 - **Se a mensalidade do plano de saúde deixar de ser cobrada por algum erro da operadora**, seja por não disponibilizar o boleto para pagamento ou não realizar o desconto em folha ou em débito na conta corrente do beneficiário, **o período de inadimplência não será considerado válido** para fins de exclusão do beneficiário ou suspensão ou rescisão do contrato.
- 6 - Para a notificação por inadimplência, a operadora **deverá** usar um dos meios de contato informados pelo beneficiário, desde que observadas as seguintes condições: a) **E-mail**, desde que o e-mail possua certificado digital ou haja a confirmação de leitura do correio eletrônico; b) **Mensagem de texto para telefones celulares**, que poderá ser feita via SMS ou via aplicativo de mensagens (ex: *WhatsApp*), **desde que o beneficiário responda a mensagem**; c) **Ligação telefônica gravada**, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), **desde que haja a confirmação de dados pelo beneficiário**; d) **Carta**, com aviso de recebimento (AR) dos correios, ou e) **Preposto da operadora**, com comprovante de recebimento.

O regramento instituído pela Resolução Normativa nº 593/2023 **alcança os beneficiários que pagam diretamente a mensalidade a uma operadora ou administradora de benefícios**, ou seja: a) os beneficiários de plano **individual ou familiar**; b) **beneficiários de planos coletivos que pagam a mensalidade à administradora de benefícios**; c) os **empresários individuais** que contrataram um plano coletivo empresarial; d) os empregados ou **ex-empregados**, servidores públicos, beneficiários vinculados a associações, sindicatos, conselhos profissionais que pagam a mensalidade diretamente à operadora; e e)

os beneficiários de operadoras de autogestão, estando fora do âmbito do normativo apenas os beneficiários de planos coletivos em que o pagamento da contraprestação pecuniária é feito pela pessoa jurídica contratante à operadora.

As novas regras da RN nº 593/2023 são válidas para todos os contratos de planos de saúde firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9656 que são pagos pelos beneficiários às operadoras.

Outras informações sobre a RN nº 593/2023, inclusive o documento elaborado pela ANS contendo perguntas e respostas (FAQ) sobre o normativo, podem ser consultadas no por meio do link <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/notificacao-por-inadimplencia-do-beneficiario>.

De modo diverso que nos planos individuais ou familiares que só podem ser rescindidos por fraude ou inadimplência (art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98), 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; de perda de vínculo de titularidade (com a pessoa jurídica contratante) ou de dependência ou por inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade de plano coletivo à operadora, se estas condições para a exclusão dos beneficiários estiverem previstas no contrato previsto no contrato.

Vale ressaltar que, à exceção dessas três hipóteses, a responsabilidade da exclusão do beneficiário de plano de saúde é sempre da pessoa jurídica contratante a qual ele está vinculado, como informa a regulamentação setorial nos termos abaixo:

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

"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.

IV - **por inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora. (Incluído pela RN nº 617, de 18/10/2024)**" (grifamos)

Conforme acima exposto: a) cabe à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou a exclusão da cobertura contratada aos beneficiários nas condições previstas no contrato, logo **a exclusão ou suspensão da cobertura do beneficiário depende de previsão contratual (art. 24, caput, da RN nº 557/2022)** e b) Não sendo a exclusão decorrente de um pedido do beneficiário, operadoras somente podem excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas hipóteses de fraude, perda da qualidade de beneficiário titular ou dependente, ou por inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade de plano coletivo à operadora, se estas hipóteses de exclusão de beneficiário estiverem previstas no contrato. Impõe observar que a exclusão ou suspensão da cobertura por inadimplência do beneficiário pode ser realizada desde que **prevista no contrato, e que** a operadora dê ciência à pessoa jurídica contratante da exclusão ou suspensão realizada (art. 14 da RN nº 593/2023).

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 do contrato do plano de saúde devem estar previstas nos contratos coletivos e são válidas para o contrato como um todo, ou seja, para o contrato firmado com a pessoa jurídica contratante, conforme estabelece o art. 23 da RN nº 557/2022 que assim dispõe:

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."

Desta forma, **a rescisão de um contrato coletivo alcança todos os beneficiários que participam do contrato.**

Nos contratos coletivos, é possível a cobrança de multa da parte contratante (pessoa jurídica ou empresário individual), se prevista em contrato, nos casos de rescisão imotivada, a qual poderá ser cobrada da parte que solicitar a rescisão (contratante ou operadora) se a rescisão ocorrer antes de completada a vigência mínima do contrato. No entanto, tal rescisão poderá ocorrer, sem a cobrança de multa, se motivada por uma das causas previstas no contrato.

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**, como determina o art. 14 da RN nº 557/2022, abaixo transcrito:

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

Subseção V Da Contratação de Plano Coletivo Empresarial por Empresário Individual

"Art. 14. **À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do artigo 9º desta resolução, 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 da comunicação.

Parágrafo único. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação." (grifamos)

Conforme acima exposto, nos contratos de planos coletivos firmados por pessoas jurídicas, as partes contratantes (operadora e pessoa jurídica) podem convencionar, 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 condições de rescisão e de suspensão de todo o contrato, bem como estabelecer expressamente, além da fraude, da previsão da perda da elegibilidade (qualidade de titular ou dependente) e da inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora, outras hipóteses em que a pessoa jurídica contratante pode solicitar a exclusão pontual do vínculo de beneficiário, sendo vedada pela legislação setorial qualquer hipótese que caracterize seleção de risco por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante (Súmula Normativa ANS nº 27/2015).

Nos contratos coletivos empresariais firmados por empresário individual, não sendo caso de ilegitimidade ou inadimplência do contratante (RN nº 593/2023), a rescisão imotivada somente poderá ocorrer uma vez ao ano no aniversário do contrato **desde que o contratante seja comunicado**

previamente, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação

Até a rescisão, 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 do plano.

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

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).

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**, conforme estabelece o art. 8º da RN nº 438/2018, nos seguintes termos:

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 438, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018

“Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, nas seguintes hipóteses:

(...)

IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão 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 disposto no caput.

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

(...)” (grifamos)

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.**

Informações sobre a portabilidade de carências podem ser visualizadas na página institucional da ANS na internet, por meio do link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/orientacoes-sobre-troca-ou-ingresso-em-planos-de-saude-sem-cumprimento-de-carencias-1/portabilidade-de-carencias>

A ANS disponibiliza também uma cartilha com informações sobre o exercício da Portabilidade de Carências que pode ser consultada no endereço eletrônico: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/portabilidade-de-carencias/cartilha_final.pdf . Para auxiliar na busca por um novo plano de saúde, a Agência disponibiliza em seu portal o [Guia ANS de Planos de Saúde](#), por meio do qual os consumidores podem pesquisar e selecionar um plano de saúde antes de realizar a adesão/contratação na operadora do plano. A ANS disponibiliza, ainda, um tutorial de como utilizar o Guia de Planos: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/guia-ans-de-planos-de-saude/ajuda>

Dos Questionamentos constantes do RIC 418/2025

1. Por que a ANS não implementou regulamentações específicas para impedir o cancelamento unilateral e injustificado de planos de saúde de beneficiários com TEA? A ausência de normas claras tem permitido práticas discriminatórias por parte das operadoras, resultando na violação dos direitos dessas pessoas aos serviços de saúde.

Tendo em vista que as regras de rescisão devem atender à toda coletividade, a ANS é contrária à proteção **exclusiva** de beneficiários com TEA ou com algum tipo de deficiência, ou seja, à proteção de um grupo de beneficiários com uma condição específica de saúde.

Desta forma, a ANS não pode editar uma regulamentação específica para vedar tão somente o cancelamento unilateral e injustificado de contratos de planos de saúde do qual participam beneficiários com TEA ou com outra condição de saúde.

Recorda-se que a fim de garantir a continuidade da assistência ao beneficiário que foi excluído do plano de saúde ou teve o contrato rescindido, 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.

2. Como a ANS justifica sua inação diante das mais de 36 mil queixas registradas entre 2022 e 2024 sobre negativas de atendimento a pessoas com TEA, conforme apontado pelo MPF?

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

Ressalta-se que a fim de garantir a continuidade da assistência ao beneficiário que perdeu o plano de saúde em decorrência da rescisão de contato coletivo, 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

3. Quais medidas concretas a ANS pretende adotar para coibir práticas discriminatórias por parte das operadoras de planos de saúde contra indivíduos com TEA, especialmente no que tange ao descredenciamento imotivado de clínicas e profissionais especializados?

Eventuais medidas a serem adotadas pela ANS serão destinadas a coibir práticas discriminatórias pelas operadoras, sendo vedado, como já exposto, o impedimento de participação em plano de saúde, bem como a rescisão contratual ou a exclusão de beneficiário por qualquer hipótese de

seleção de risco (art. 14 da Lei nº 9.656/98 c.c Súmula nº 27/2015). Portanto, o atuar regulatório da Agência deve atender à toda coletividade, não podendo se destinar à proteção **exclusiva** de beneficiários com TEA ou de um grupo de beneficiários com uma condição específica de saúde

Cabe salientar que a ANS, na qualidade de entidade integrante da Administração Pública, tem o dever constitucional de obedecer, notadamente, ao princípio da legalidade estrita. Desta forma, o poder normativo da agência reguladora deve ser exercido dentro dos parâmetros da juridicidade (Constituição da República de 1988, leis e princípios), logo, não se pode exceder ou abusar do exercício desse poder-dever regulatório, sob pena de insegurança jurídica no mercado regulado.

Como já exposto, a Lei 9.656/98, estabeleceu tratamento diferenciado para os planos de contratação individual ou familiar e para os planos coletivos.

A Lei nº 9.656/98 protege o consumidor de plano individual ou familiar, visto que neste tipo de contratação, os contratantes são a operadora e uma pessoa física. Como já informado, a rescisão de contrato individual ou familiar por iniciativa da operadora não pode ser imotivada, podendo ocorrer apenas por fraude ou inadimplência.

De modo diverso, nos planos coletivos contratados por pessoas jurídicas (art. 5º e 15 da RN nº 557/2022), a Lei 9.656/98 não conferiu a mesma proteção ao beneficiário, visto que não há vedação ou limitação legal para o exercício da rescisão contratual unilateral imotivada por iniciativa desses contratantes.

No entanto, entende-se que a atuação da Agência sobre o tema rescisão contratual pode ser aprimorada por meio da implementação de regras mais rígidas que limitem a liberdade contratual da operadora em plano coletivo com o fim de reforçar a tutela ao beneficiário, sendo certo, conforme já exposto, que o órgão regulador não pode abusar do exercício do seu poder-dever regulatório para não causar insegurança no mercado regulado.

Neste sentido, reitera-se que a regulamentação setorial da saúde suplementar proíbe que a operadora limite o acesso de consumidor a plano de saúde exclusivamente por conta da sua idade, ou de sua condição de saúde, sendo vedada a suspensão ou extinção do vínculo do beneficiário com o plano de saúde por **qualquer** hipótese de seleção de risco.

Conforme já exposto, **as normas estabelecidas pela ANS vedam a seleção de risco por parte das operadoras seja na contratação ou na 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**

No entanto, o regime jurídico de contratação coletiva permite que a operadora de saúde exerça, nos termos normativos e contratuais, a rescisão unilateral imotivada desse contrato.

No que tange ao descredenciamento imotivado de clínicas e profissionais especializados, esclarecemos que a ANS, por meio da Resolução Normativa ANS nº 585, de 18 de Agosto de 2023, assegura aos beneficiários vinculados a contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, o direito à troca de plano com portabilidade de carências que poderá ser exercido **em decorrência do descredenciamento de entidade hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição, bem como no caso de retirada do serviço de urgência e emergência do prestador hospitalar, no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano**. O beneficiário deverá requerer o exercício da portabilidade de carências no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data do descredenciamento, não se aplicando os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos III e V do caput do artigo 3º da RN nº 438/2018.

4. Como a ANS pretende aprimorar seus mecanismos de fiscalização e controle para garantir que as operadoras de planos de saúde cumpram as determinações legais de não discriminação e assegurem a prestação contínua de serviços a beneficiários com TEA?

Conforme já exposto, a rescisão imotivada de contratos coletivos exercida pela operadora de plano de saúde nos termos contratuais e nos parâmetros normativos vigentes caracteriza exercício

regular de direito.

Cabe destacar que , essa questão será melhor enfrentada no tópico abaixo.

Da Atuação Fiscalizatória da ANS

Atribuições Fiscalizatórias. Aspectos Gerais:

De acordo com os incisos XXIX e XXX do art. 4º da Lei nº 9961/2000, compete à ANS "fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação" e "aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação".

Assim, tem-se que compete à ANS apurar se as condutas praticadas pela operadora estão em conformidade com a Lei nº 9.656/1998, com a regulamentação da ANS e com os contratos firmados.

Dito isso, quando, por qualquer motivo, existe denúncia de que os direitos previstos não estão sendo exercido em sua plenitude, a ANS avalia a adoção de providências, dentro do que determina a legislação de saúde suplementar. Tal se opera, em especial, mas não exclusivamente, mediante o registro de uma reclamação por parte do beneficiário/interlocutor, momento no qual a ANS toma conhecimento de possível ofensa a legislação de saúde suplementar.

Nesse sentido, o papel da ANS previsto na legislação é de fomentar a resolução de conflitos em fase pré-processual própria definida em normativo (art. 6º e seguintes da RN nº 483/2022). Na sua impossibilidade, cabe apurar a eventual ocorrência de infração, aplicando a sanção, quando cabível, como a multa pecuniária. Os trechos abaixo em negrito auxiliam a leitura no que diz respeito à pretensão do legislador:

Lei nº 9.961/2000:

(...)

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, **regulando as operadoras setoriais**, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

(...)

Art. 4º Compete à ANS:

(...)

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - **aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;**

(...)

XLI - **fixar** as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o [inciso I](#) e o [§ 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#), incluindo:

f) normas de aplicação de penalidades;

Lei nº 9.656/1998:

(...)

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, **sujeitam a operadora** dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados **às seguintes penalidades**, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Nesse rumo, cumpre ainda destacar que, como qualquer procedimento administrativo que possa culminar com a imposição de penalidade, o processo da ANS é regido pelo devido processo legal, a partir do qual partem todas as suas garantias e limites. Aspectos de segurança jurídica, objetividade, previsibilidade, materialidade, são imprescindíveis para o regular atuar no aspecto fiscalizatório de uma Agência Reguladora, por isso a definição expressa do seu alcance para fins da ANS. É nessa linha que prevê diversos diplomas legais, desde a Lei que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, Lei da Liberdade Econômica e Lei Geral das Agências Reguladoras.

- 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.

Cumpre 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.

Esclarecidas essas premissas, abordaremos a seguir alguns pontos da atuação da ANS de forma mais pormenorizada para uma melhor compreensão do atuar regulatório da atividade de fiscalização no âmbito da Diretoria de Fiscalização.

- Considerações sobre o fluxo da NIP e Esclarecimentos Correlatos

Quando se trata de demanda de reclamação recebida na Central de Atendimento da ANS (hoje há três canais: telefônico, site e atendimento presencial) e a matéria é passível de intermediação de conflito, automaticamente, cadastra-se a NIP para fins de intimação da operadora de plano de saúde ou administradora de benefícios reclamada.

Dentro desse contexto, a **Notificação de Intermediação Preliminar - NIP** é gerada e automaticamente disponibilizada no Espaço Operadora. Todas as Operadoras com registro na ANS têm acesso a este espaço, mediante login e senha, que devem ser validados/concedidos por seu representante legal.

Gerada a notificação, a operadora tem até 10 (dez) dias úteis para anexar sua manifestação, de forma eletrônica, no Espaço Operadora. E o mais importante, no que se refere à possibilidade de resolução de conflito. Deve dentro desse prazo demonstrar de forma inequívoca que resolveu o conflito com o beneficiário em 5 (cinco) dias úteis quando a demanda for de natureza assistencial e em 10 (dez) dias úteis quando se tratar de demanda não assistencial. Essa é a janela em que a operadora possui para de fato resolver o conflito com o beneficiário. Expirada a janela ou a operadora optando em não resolver o conflito e se defender das alegações a fase de resolução de conflitos fica notadamente limitada, mudando o foco de atuação da tentativa de resolução do conflito para apuração e possível aplicação de penalidades administrativas. Com efeito, esse mecanismo de indução para que a operadora busque resolver o conflito na etapa informada será melhor explicado adiante.

Em prosseguimento, automaticamente, a manifestação da operadora é carregada no Sistema Integrado de Fiscalização - SIF, e fica disponível para visualização pelos usuários do sistema (tanto os beneficiários/interlocutores, quanto os servidores com perfil de acesso) por tempo indefinido. As NIPs são classificadas conforme a natureza (assistencial e não assistencial). Melhor explicando, uma demanda assistencial é aquela que trata de cobertura, por exemplo, que guarda relação com acesso ao serviço contratado.

Expirado o prazo de resposta da Operadora, abre-se o período para resposta do interlocutor quanto à solução do conflito (dez dias corridos). O retorno do interlocutor/beneficiário pode ocorrer de forma eletrônica, via resposta ao e-mail enviado, também de forma automática, para o endereço cadastrado na demanda. Caso não haja e-mail cadastrado, é possível o contato ativo do Disque ANS. O beneficiário/interlocutor também poderá fornecer tal informação via telefone, ou pessoalmente, em um dos doze Núcleos da ANS.

Na hipótese em que o beneficiário informa a solução do conflito denunciado, a demanda é automaticamente finalizada como inativa. De forma análoga, diante da ausência de manifestação, presume-se a solução do conflito, ocasião em que, também automaticamente, a demanda é finalizada como inativa. Observação importante reside no fato do beneficiário/interlocutor, tomar ciência em diversas oportunidades da consequência da presunção de resolução do conflito na hipótese de se manter silente no prazo assinado.

A chance de solução do problema em si, segundo o rito, é nessa fase exclusivamente eletrônica, como demonstrado, bastante célere em que é possível a resolução do conflito. Ou seja, apenas nesse momento o problema do beneficiário pode ser resolvido mediante medida tomada pelo ente regulado reclamado. Esclareça-se que a taxa que mede essa fase é bastante alta, ou seja, as operadoras tendem a resolver conflitos em fase pré-processual e os principais fatores são mecanismos de indução regulatória, a saber:

- a)** a resolução do conflito em fase pré-processual por parte do ente regulado diretamente com o beneficiário traz como consequência a não abertura de processo administrativo sancionador, prevenindo, em especial, custos com advogados e aplicação de penalidade, a mais comum de multa pecuniária;
- b)** a resolução do conflito em fase pré-processual por parte do ente regulado diretamente com o beneficiário previne das consequências de outros Programas da ANS, como o monitoramento da garantia de atendimento, que pode culminar na suspensão de comercialização de produtos; e
- c)** a resolução do conflito em fase pré-processual por parte do ente regulado diretamente com o beneficiário mitiga impactos no Programa de Qualificação das Operadoras, que considera várias dimensões para fins de pontuação de avaliação de uma operadora pela ANS, dentre elas a que considere o desempenho das operadoras perante as NIPs (IDSS).

Frustrada a resolução de conflito, passa-se para outra etapa, dessa vez quando um agente de fiscalização faz a verificação dos documentos e informações e classifica a demanda, conforme estabelecido pela Resolução Normativa n. 483/2022, em um dos seguintes desfechos/encaminhamentos: Inexistência de infração, Reparação voluntária e eficaz, Beneficiário não pertence à Operadora; Agente regulado não responsável, Dados insuficientes, Duplicidade ou Não resolvido/persiste indícios de infração.

Tudo isso ocorre ainda em fase pré-processual, mas veja, agora inicia uma relação direta entre regulador e o ente regulado, diferentemente da primeira etapa em que o beneficiário busca resolver o seu problema junto à operadora. A partir de agora cabe à ANS avaliar se aquele caso concreto descumpriu a regulação setorial e, em caso positivo, o ente regulado estará sujeito à aplicação de penalidades administrativas, devendo ser destacado que não existe previsão legal que confira à ANS poderes para corrigir o problema narrado na reclamação. Em outras palavras, a ANS não tem poder, tendo em vista o disposto em lei, para determinar a realização de um procedimento negado, o pagamento de um reembolso ou o restabelecimento de um plano indevidamente cancelado.

Essa tarefa é cumprida de acordo com os recursos humanos disponíveis frente ao grande volume de reclamações. Frisa-se: dessa etapa em diante, embora se reconheça a condição de interessado do beneficiário, o foco da atuação da ANS previsto na legislação não está mais na resolução do conflito, mas sim na avaliação sobre indícios de infração. É certo que em alguns casos em que o beneficiário se frustra por não ter o seu problema resolvido após apresentar reclamação na ANS, não compreendendo adequadamente o rito e suas etapas, devidamente construído em um cenário que primeiro fomenta a resolução de conflito entre beneficiário e operadora de plano de saúde e depois, quando não for possível alcançar o primeiro objetivo, seguir com a apuração que pode culminar em aplicação de multa para o ente regulado.

Feita a classificação pela finalização da demanda, o documento é disponibilizado à Operadora e ao beneficiário/interlocutor, para que ambos tenham ciência dos termos da finalização da reclamação em fase pré-processual.

Por outro lado, caso a demanda seja classificada como não resolvida e se persistirem os indícios de infração, é encaminhada para um outro agente de fiscalização que conduzirá o processo administrativo sancionador em face da operadora de plano de saúde ou administradora de benefícios reclamada. Esse é local adequado onde realmente ocorrerá o contraditório e a ampla defesa. As penalidades de multa pecuniária dos tipos infrativos de negativa de cobertura variam de R\$ 60.000,00 a R\$ 250.000,00 (ref: arts. 101 a 103 da RN 489/2022) por caso concreto.

Lembramos ainda que as demandas NIP finalizadas podem ser reabertas a qualquer tempo, cabendo ao beneficiário/interlocutor procurar os canais de atendimento, apresentando novos documentos e informações.

Dentro do contexto de atuação fiscalizatória vale enfatizar também a ausência crônica de servidores na ANS, os sucessivos cortes orçamentários, tendo a equipe feito o melhor possível dentro de um cenário de recebimento anual de mais de 350.000 demandas de reclamação dos mais variados temas e condições de saúde. Todavia, a percepção quanto a satisfação do beneficiário em relação ao instrumento NIP de mediação de conflitos, por meio da Taxa de Intermediação Resolvida - TIR, se mantém estável, em torno de 75% nos últimos anos. Isso significa, conforme a norma vigente (RN n. 483/2022), que em 75% dos casos, a ANS não precisa destacar um analista para analisar a demanda e avaliar a existência de indício de infração, evidenciando o eficácia do método indutor da NIP.

Mesmo assim, considerando o resíduo de 25% ante o volume absoluto de reclamações aliada à carência crônica de servidores e sucessivos cortes orçamentários, a atividade fiscalizatória vem atuando no limite. Não por acaso a rediscussão do modelo de fiscalização, em Consulta Pública nesse momento (Consulta Pública nº 147/2024 - <https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultasPublicas>, que representa a segunda etapa do projeto que já culminou na edição da Resolução Normativa nº 623/2024 (<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDU5Ng==>), A referida RN além de tratar de aprimoramentos nas centrais de atendimento das operadoras traz metas a ser alcançadas no Índice Geral de Reclamações - IGR com o estabelecimento de incentivos conforme o desempenho ou agravamento de sanções pelo não atingimento.

- Das demais ações fiscalizatórias. Da Natureza dos procedimentos preparatórios e das penalidades do caso em apreço

Importante ainda destacar outras ações fiscalizatórias em andamento além das análises de demandas individuais, conforme PAPs abertos, com ofícios e diligências em que pode coletar elementos de forma mais ampla em paralelo à análise de demandas individualizadas.

Os PAPs já mencionados foram instaurados a partir de denúncias sobre rescisões envolvendo pessoas com Transtorno de Espectro Autista - TEA, pedido de providências ou equivalente. Encontra-se em fase de instrução ante a extensa documentação a ser tratada a partir de ofícios remetidos pela Diretoria de Fiscalização com grande complexidade a cada uma das operadoras. Cabe transcrição do que foi solicitado à operadoras de maneira uniforme dentro dos PAPs abertos:

"(...)

Desta forma, nesta oportunidade, requisita-se à operadora, tendo como referência o ano de 2024, que sejam prestadas as seguintes informações e encaminhados os documentos abaixo relacionados:

1) Informar o número de beneficiários que fizeram tratamento para Transtorno do Espectro Autista durante o ano de 2024;

1.1) Apresentar uma lista com os respectivos beneficiários que fizeram tratamento para Transtorno do Espectro Autista durante o ano de 2024 (titulares ou dependentes) e data de adesão ao contrato, CPF, CNPJ da pessoa jurídica contratante no caso de contrato coletivo, data da assinatura do contrato e tipo de contratação (individual/familiar ou coletivo, neste último caso especificando/separando as informações de acordo com a seguinte classificação: 1) empresário individual, 2) contratos integrantes do pool de risco, e 3) os contratos coletivos não integrantes do pool de risco);

2) Informar o número de beneficiários que fizeram tratamento para Transtorno do Espectro Autista durante o ano de 2024 e que tiveram contratos cancelados, especificando/separando os casos que foram por iniciativa do contratante e aqueles que foram por iniciativa da operadora, informação a ser estruturada considerando os seguintes subtópicos;

2.1) lista com os respectivos beneficiários que fizeram tratamento para Transtorno do Espectro Autista durante o ano de 2024: listar nome, CPF e telefone cadastral de beneficiários titulares e dependentes, CNPJ da pessoa jurídica contratante, data da celebração do contrato coletivo, data de adesão, data do cancelamento, último reajuste aplicado no caso de contrato coletivo, especificando/separando as informações de acordo com a seguinte classificação: tipo de contratação (individual/familiar ou coletivo, neste último caso especificando-se os casos de empresário individual, os contratos integrantes do pool de risco e os contratos coletivos não

integrantes do pool de risco), respectiva motivação para as rescisões contratuais - exs: inadimplência, fraude, ilegitimidade em casos de empresário individual, outros (especificar) e o cumprimento do rito estabelecido nos normativos vigentes, tais como:

- a) Informar se algum cancelamento de contrato ocorreu durante período de internação hospitalar;
 - b) Em caso de ocorrência de algum cancelamento de contrato individual/familiar, juntar aos autos o envio de Notificação Prévia de rescisão unilateral com seus respectivos Avisos de Recebimento para 10 titulares, salvo se o número de cancelamentos nesta categoria tiver sido menor no período, hipótese que a quantidade de comprovações deve coincidir com a quantidade de cancelamentos;
 - c) Em caso de ocorrência de cancelamento por inadimplência, comprovação de ciência inequívoca do(s) débito(s) acumulados nos últimos 12 (doze) meses de contrato, que motivaram aviso de cancelamento por inadimplência, com apresentação de cópia do comunicado encaminhado para 10 titulares, salvo se o número de cancelamentos com esta característica tenha disso menor no período, hipótese que a quantidade de comprovações deve coincidir com a quantidade de cancelamentos (quantitativo amostral por tipo de contratação/especificação indicada no item 2.1);
 - d) Caso o cancelamento dos beneficiários tenha ocorrido em virtude de fraude, apresentar comprovação de ciência inequívoca da eventual fraude atribuída para 10 titulares, salvo se o número de cancelamentos com esta característica tenha disso menor no período, hipótese que a quantidade de comprovações deve coincidir com a quantidade de cancelamentos (quantitativo amostral por tipo de contratação/especificação indicada no item 2.1);
 - e) Em caso de solicitação de cancelamento a pedido, comprovar a solicitação de cancelamento de beneficiário efetuada pela empresa contratante ou pelo titular do plano; - Informar se foi dada oportunidade de migração para outro plano de saúde equivalente e apresentar cópia da carta de portabilidade na hipótese do art. 8º, § 1º, RN nº 438/2018 referente a 10 contratantes legitimados, salvo se o número de cancelamentos com esta característica tenha disso menor no período, hipótese que a quantidade de comprovações deve coincidir com a quantidade de cancelamentos (quantitativo amostral por tipo de contratação/especificação indicada no item 2.1); .
 - f) Nos casos de rescisão contratual por iniciativa da operadora em 2024, encaminhar cópia da correspondência de notificação encaminhada a 10 (dez) contratantes legitimados em cada tipo de contrato coletivo citado (empresário individual, os contratos integrantes do pool de risco e os contratos coletivos não integrantes do pool de risco), acompanhada da carta de portabilidade prevista no art. 8º, § 1º, RN nº 438/2018 enviada a no mínimo 10 beneficiários portadores de TEA de cada contrato, salvo se o número de cancelamentos com esta característica tenha disso menor no período, hipótese que a quantidade de comprovações deve coincidir com a quantidade de cancelamentos (quantitativo amostral por tipo de contratação/especificação indicada no item 2.1);
- 2.2) Nos contratos coletivos com beneficiários portadores de Transtorno do Espectro Autista que tenham sido rescindidos por iniciativa da pessoa jurídica contratante, informar se houve apresentação de proposta de reajuste da operadora e especificar o percentual. Deverão ser apresentados: CNPJ da pessoa jurídica contratante, data da assinatura do contrato coletivo, data da rescisão contratual, sinistralidade do contrato e percentual de reajuste proposto pela operadora.
- (...)"

A última diligência realizada pela Diretoria de Fiscalização se deu pela expedição de diversos ofícios aos órgãos/entidades/associações que encaminharam denúncias sobre o tema recepcionadas por esta Diretoria de Fiscalização e que serviram de insumo para abertura dos citados PAPs. Nessa última ação, o principal foco foi compreender a existência de prova mais contundente sobre seleção de risco em que a rescisão teria como motivação a condição de saúde/doença ou fator etário. Assim, foram solicitadas, em especial, o compartilhamento de informações relevantes, bem como de provas, se existentes, em posse do respectivo remetente sobre o assunto. Assim, constam ali esclarecimentos de suma relevância para adequada e completa compreensão sobre os regramentos vigentes e repercussão prática na atividade fiscalizatória, sendo princípio do atuar público que envolve penalidades a não dedução de comportamentos, sem a devida prova. A averiguação de possível seleção de risco se distingue da análise de regras de rescisão/suspensão unilateral de contratos da legislação vigente em complexidade e materialidade.

Logo, a despeito das dificuldades práticas relatadas, a fiscalização tem adotado as medidas que lhe são cabíveis sob a atual ótica regimental, somada às suas possibilidades físicas, jurídicas e

orçamentárias. Está em curso também, por exemplo, a rediscussão do modelo fiscalizatório, conforme Consulta Pública nº 147, com previsão de término para recebimento de contribuições prevista para o dia 07/03/2025. <https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultaPublica/147>.

No referido espaço disponibilizado no site da ANS é possível encontrar ampla documentação sobre o projeto, inclusive as dificuldades enfrentadas. Não obstante a apresentação desse importante projeto, o qual aguardamos recebimento de contribuições da sociedade, seu conteúdo se limita à atividade fiscalizatória, que, por sua vez, observa os regramentos vigentes pela ANS.

- Conclusão

Por todo o exposto, tem-se que a regulamentação setorial da saúde complementar 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, faz-se necessário registrar que o projeto em andamento nesta Agência, que trata da política regulatória de preços e reajustes dos planos privados de assistência à saúde, objeto da Consulta Pública nº 145, aborda também a questão da rescisão dos planos coletivos, cuja finalidade principal é o aprimoramento dos respectivos normativos.

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,

Carla de Figueiredo Soares
Diretora-Presidente Interina

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretora-Presidente Interina da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, em 12/03/2025, às 13:58, 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 **31847396** e o código CRC **558D5648**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 33910.005010/2025-94

SEI nº 31847396



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 52

Brasília, 01 de abril de 2025.

A Sua Excelência o Senhor
ALEXANDRE PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhor Ministro,

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 396/2025	Deputado Duarte Jr.
Requerimento de Informação nº 403/2025	Deputada Clarissa Tércio
Requerimento de Informação nº 409/2025	Deputado Luiz Carlos Hauly
Requerimento de Informação nº 410/2025	Deputado Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 412/2025	Deputada Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 413/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 416/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 418/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 419/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 437/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 441/2025	Deputado Evair Vieira de Melo
Requerimento de Informação nº 450/2025	Deputado Aureo Ribeiro
Requerimento de Informação nº 459/2025	Deputado Ricardo Ayres
Requerimento de Informação nº 468/2025	Deputado Aureo Ribeiro
Requerimento de Informação nº 478/2025	Deputado Aureo Ribeiro
Requerimento de Informação nº 512/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 523/2025	Deputada Silvia Waiãpi
Requerimento de Informação nº 529/2025	Deputada Delegada Katarina
Requerimento de Informação nº 540/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 544/2025	Deputado Alfredo Gaspar
Requerimento de Informação nº 573/2025	Deputada Chris Tonietto

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

/DFO





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 52

Brasília, 01 de abril de 2025.

Requerimento de Informação nº 579/2025	Deputado Filipe Barros
Requerimento de Informação nº 585/2025	Deputada Clarissa Tércio
Requerimento de Informação nº 588/2025	Deputada Laura Carneiro
Requerimento de Informação nº 591/2025	Deputada Laura Carneiro
Requerimento de Informação nº 594/2025	Deputado Delegado Caveira
Requerimento de Informação nº 618/2025	Deputado Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 640/2025	Deputada Caroline de Toni
Requerimento de Informação nº 641/2025	Deputada Caroline de Toni
Requerimento de Informação nº 649/2025	Deputado Aureo Ribeiro
Requerimento de Informação nº 650/2025	Deputado Aureo Ribeiro
Requerimento de Informação nº 655/2025	Deputada Chris Tonietto

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 CARLOS VERAS
Primeiro-Secretário

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

/DFO





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

Requer da Excelentíssima
Ministra da Saúde, Senhora Nísia
Trindade, informações a respeito da
omissão da ANS no âmbito
regulatório relacionado ao
cancelamento de planos de saúde
para autistas.

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 da omissão da ANS no âmbito regulatório relacionado ao cancelamento de planos de saúde para autistas.

1. Por que a ANS não implementou regulamentações específicas para impedir o cancelamento unilateral e injustificado de planos de saúde de beneficiários com TEA? A ausência de normas claras tem permitido práticas discriminatórias por parte das operadoras, resultando na violação dos direitos dessas pessoas aos serviços de saúde.
2. Como a ANS justifica sua inação diante das mais de 36 mil queixas registradas entre 2022 e 2024 sobre





- negativas de atendimento a pessoas com TEA, conforme apontado pelo MPF?
3. Quais medidas concretas a ANS pretende adotar para coibir práticas discriminatórias por parte das operadoras de planos de saúde contra indivíduos com TEA, especialmente no que tange ao descredenciamento imotivado de clínicas e profissionais especializados?
 4. Como a ANS pretende aprimorar seus mecanismos de fiscalização e controle para garantir que as operadoras de planos de saúde cumpram as determinações legais de não discriminação e assegurem a prestação contínua de serviços a beneficiários com TEA?

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%.

Nos últimos meses, diversos pais de crianças autistas começaram a receber um aviso por e-mail que informava que seus planos seriam cancelados. Idosos, portadores de doenças raras e pacientes com câncer também entraram na mira das rescisões em massa.¹

O Ministério Público Federal (MPF) encaminhou à ANS um documento onde a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e a Câmara de Consumidor e Ordem Econômica alegam que a prática é

¹ <https://oglobo.globo.com/blogs/bernardo-mello-franco/coluna/2024/05/planos-de-saude-alegam-prejuizos-para-se-livrar-de-idosos-e-criancas-autistas.ghtml>





discriminatória e viola direitos constitucionais e legais dessas pessoas aos serviços de saúde.²

Os órgãos ainda argumentam que a ausência de regulação adequada de planos e seguros empresariais têm levado à violação sistêmica de direitos, vulnerando a dignidade dos beneficiários e colocando em risco a vida e a saúde de grupos vulnerabilizados da sociedade.

Segundo o órgão, a conduta irregular e reiterada dos planos de saúde é resultado da omissão da ANS em regulamentar o tema. Desse modo, afirma que tem-se verificado que a agência não tem exercido sua competência regulatória, "haja vista a reiterada conduta de planos de saúde consistente em rescindir unilateralmente contratos em curso e, ainda, suspender credenciamentos de estabelecimentos que estão realizando atendimentos aos usuários dos planos, gerando sérios transtornos a estes".

As pessoas com deficiência geralmente necessitam de cuidados médicos constantes e específicos. O cancelamento de seus planos de saúde pode resultar em uma interrupção brusca e significativa no acesso a tratamentos, medicamentos, terapias e consultas especializadas. Sem esses cuidados, a condição de saúde dessas pessoas pode se deteriorar rapidamente.

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

² <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/planos-de-saude-mpf-recomenda-a-ans-medidas-contra-cancelamentos-unilaterais-de-autistas>





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

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.

Brasília, 17 de fevereiro de 2025.

CAPITÃO ALBERTO NETO
PL/AM

Apresentação: 17/02/2025 14:25:16.537 - Mesa

RIC n.418/2025



* C D 2 5 6 7 6 1 8 7 5 2 0 0 *