



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 192/2026/ASPAR/MS

Brasília, 01 de abril de 2026.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Carlos Veras

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 8004/2025

Assunto: *Informações sobre práticas abusivas recorrentes no setor de saúde suplementar, notadamente negativas de cobertura, reajustes abusivos, cancelamentos unilaterais e possíveis omissões regulatórias.*

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 501/2026, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente ao **Requerimento de Informação nº 8004/2025**, de autoria da Deputada Federal Julia Zanatta - PL/SC, por meio do qual são requisitadas informações *sobre práticas abusivas recorrentes no setor de saúde suplementar, notadamente negativas de cobertura, reajustes abusivos, cancelamentos unilaterais e possíveis omissões regulatórias*, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio de Parecer (0054350239).
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 06/04/2026, às 13:15, 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 **0054451220** e o código CRC **50FAFB9D**.

Referência: Processo nº 25000.017618/2026-87

SEI nº 0054451220

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

Ofício nº: 10/2026/ASPAR/SECEX/PRESI/ANS

Brasília, 27 de março de 2026.

Ao Excelentíssimo Senhor
Alexandre Padilha
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: Requerimento de Informações nº 8004/2025

Senhor Ministro da Saúde,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Requerimento de Informações nº 8004/2026, de autoria da Deputada Federal Julia Zanatta (PL/SC), por meio do qual solicita informações à Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio do Ministério da Saúde, sobre práticas abusivas recorrentes no setor de saúde suplementar (negativas de cobertura, reajustes abusivos, cancelamentos unilaterais e possíveis omissões regulatórias).

Assim sendo, seguem os devidos esclarecimentos técnicos aos questionamentos formulados pela ilustre parlamentar, valendo o registro de que será seguida a ordem dos questionamentos.

I – DO PROCESSO FISCALIZATÓRIO DA ANS

De início, em relação aos questionamentos apresentados sobre o processo de aplicação de penalidades no âmbito da ANS, imperioso compreender o contexto e dinâmica da fiscalização de saúde suplementar, bem como a correta compreensão de algumas expressões que, usadas de maneira genérica e corriqueira no meio médico e/ou mesmo jurídico, podem adquirir conceitos mais específicos no âmbito da saúde suplementar. Aqui, citam-se como exemplos: o termo ‘auditoria médica’ e o conceito de reincidência, melhor explicitado abaixo.

Feitas essas ponderações iniciais, contextualiza-se que para o cumprimento dos deveres atribuídos, esta Agência, por meio de sua Diretoria de Fiscalização, estabeleceu em sua atuação, basicamente, dois tipos de fiscalização: a **reativa** e a **planejada**. As duas frentes de trabalho têm como norte a indução de boas práticas, visando à mudança de comportamento da operadora de plano de saúde.

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 permitir o encerramento do 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.

Em seu turno, o outro viés de fiscalização compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e programada, visando à otimização de esforços. Hoje vem sendo conduzida pelas “Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APF)”, iniciadas em agosto de 2023 e que se baseiam 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.

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

Assim, dentro da lógica das Agências Reguladoras e da dinamicidade do setor de saúde suplementar e, para além do tratamento conferido às reclamações individuais, dentro das forças de trabalho disponíveis, as áreas técnicas da ANS estão sempre avaliando e reavaliando a aplicabilidade e eficiência dos modelos implementados. Assim, a despeito de não poder se falar propriamente em uma metodologia anual de planejamento formal, ao menos no âmbito da fiscalização, eis que diferente a lógica das Agências, cabe esclarecer que a Agência possui como mecanismo de planejamento, organização e transparência para sociedade uma ferramenta denominada **Agenda Regulatória com previsão trienal**. Assim, atualmente encontra-se em vigor a Agenda Regulatória 2023/2025, com dois temas liderados pela Diretoria de Fiscalização.

Ante a grande extensão de dados solicitados, o recorte nessa oportunidade foi de extração de informações dos últimos 5 (cinco) anos, a partir de 2020, propiciando maior fidedignidade de atualização das informações e, salvo melhor juízo, a visão sistêmica desejada.

II - QUANTITATIVO DE PROCESSOS SANCIONADORES INSTAURADOS

A seguir listam-se os filtros utilizados para o levantamento das informações de cada um dos temas requeridos e se apresentam duas tabelas de processos instaurados: uma se abrem as espécies de decisões por penalidades aplicadas e na outra com o status de cada processo. Pondera-se aqui que a terminologia destacada nos itens abaixo e ora relacionados às pesquisas encaminhadas obedeceu às nomenclaturas encaminhadas pela Parlamentar. Assim, foram mantidas por exemplo o termo "abusivo" ou "irregular", sem que tenha sido aferido qualquer juízo de valor e destacando-se que tal terminologia não se encontra nas bases do Sistema de Informações da Fiscalização (SIF), que trabalha com a lógica de tema e subtema, conforme abaixo destacado.

Cabe, portanto, parcimônia quanto a interpretação, embora se transmita a visão panorâmica quanto ao atuar desta operadora no exercício da fiscalização.

Ainda dentro desse contexto, importante destacar a crônica carência de recursos humanos, orçamentários e tecnológicos vivenciados pela ANS, de conhecimento público (exemplos: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2024/08/28/tcu-vai-fiscalizar-cortes-de-orcamento-nas-11-agencias-reguladoras-do-pais.ghtml>; <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/macroeconomia/orcamento-cai-ate-42-em-5-anos-e-deixa-agencias-reguladoras-em-crise/>; e <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/74766>).

- NEGATIVAS DE COBERTURAS

Filtros de Pesquisa:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Nº do Processo não está em branco;
- Ano do processo é maior ou igual a 2020;
- Tema = Cobertura;

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP cadastradas no tema cobertura, segundo o ano do processo, por tipo de decisão proferida em 1ª instância							
Tipo de decisão	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Multa Pecuniária	6.601	4.650	7.917	6.483	1.722	4.680	32.053
Improcedência	2.025	2.790	4.100	4.104	378	251	13.648
Advertência	6	9	18	6	3	0	42
Multa Pecuniária e Advertência	8	6	6	4	2	3	29
Penalidade já aplicada	1	0	2	1	0	0	4
Sem decisão	33	39	105	1.133	5.054	21.652	28.016
Total	8.674	7.494	12.148	11.731	7.159	26.586	73.792

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP cadastradas no tema cobertura, por ano do processo, segundo seu status							
Status do processo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Arquivado	4.074	5.515	8.585	6.657	1.349	1.453	27.633
Aguardando Defesa da Operadora	12	8	57	636	4.957	21.176	26.846
Em Cobrança	4.505	1.792	2.301	1.622	382	2.709	13.311
Análise de Recurso	43	92	897	1.740	309	195	3.276
Elaboração de Decisão	3	6	23	393	85	330	840
Aguardando Deliberação da Diretoria Colegiada	7	40	150	138	13	2	350
Aguardando Recurso da Operadora	0	4	23	241	20	44	332
Aguardando Documentos de Arquivamento	16	21	41	124	20	94	316
Aguardando Publicação no Site	0	1	1	13	3	224	242
Extrato de Decisão	1	1	0	86	3	147	238
Aguardando Intimação da Operadora	1	0	2	6	2	178	189
Aguardando Finalização do Circuito	6	5	34	39	5	0	89
Auto Lavrado	2	0	11	4	10	13	40
Aguardando Publicação no DO	1	4	18	15	0	0	38
Aguardando Lavratura de Novo Auto	0	1	1	8	0	7	17
Aguardando Extrato de Publicação	0	0	0	1	0	11	12
Sobrestada	3	3	0	0	0	0	6
Em Análise de Ajuste de Conduta	0	0	1	2	1	0	4
Comunicação de Decisão de 2ª Instância	0	1	0	2	0	0	3
Em Análise por outra Diretoria	0	0	0	2	0	1	3

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP cadastradas no tema cobertura, por ano do processo, segundo seu status							
Em Apuração	0	0	1	0	0	1	2
Em Diligências Adicionais	0	0	1	1	0	0	2
Decisão de 2ª Instância	0	0	1	0	0	0	1
Sugestão de Anulação de Auto	0	0	0	1	0	0	1
Sugestão de Arquivamento	0	0	0	0	0	1	1
Total	8.674	7.494	12.148	11.731	7.159	26.586	73.792

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

- CANCELAMENTOS UNILATERAIS

Filtros de Pesquisa:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Nº do Processo não está em branco;
- Ano do processo é maior ou igual a 2020;
- Tema/Subtema = Contratos e Regulamentos>> 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, "solicite 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".

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP sobre rescisão unilateral, segundo o ano do processo, por tipo de decisão proferida em 1ª instância							
Tipo de decisão	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Multa Pecuniária	530	337	341	188	140	318	1.854
Improcedência	241	189	215	128	53	21	847
Advertência	0	0	2	0	1	0	3
Multa Pecuniária e Advertência	1	0	0	0	1	0	2
Penalidade já aplicada	0	1	0	0	0	0	1
Sem decisão	2	0	11	52	262	1.373	1.700
Total	774	527	569	368	457	1.712	4.407

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP sobre rescisão unilateral, por ano do processo, segundo seu status							
Status do processo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Arquivado	468	388	379	212	134	108	1.689
Aguardando Defesa da Operadora	0	0	4	31	259	1.336	1.630
Em Cobrança	304	126	137	55	44	181	847
Análise de Recurso	2	9	37	33	16	18	115
Elaboração de Decisão	0	1	5	14	1	22	43
Aguardando Intimação da Operadora	0	0	0	0	0	23	23
Aguardando Recurso da Operadora	0	1	4	11	1	0	17
Extrato de Decisão	0	0	0	6	0	9	15
Aguardando Publicação no Site	0	0	0	2	0	12	14
Aguardando Documentos de Arquivamento	0	1	1	2	0	2	6
Aguardando Deliberação da Diretoria Colegiada	0	1	2	1	0	0	4
Auto Lavrado	0	0	0	0	1	1	2
Aguardando Arquivamento	0	0	0	0	1	0	1
Em Apuração	0	0	0	1	0	0	1
Total	774	527	569	368	457	1.712	4.407

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

- REAJUSTES ABUSIVOS

Filtros de Pesquisa:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Nº do Processo não está em branco;
- Ano do processo é maior ou igual a 2020;
- Tema = Mensalidades e Reajustes;
- Subtema = Reajuste por Variação de Custos ou Reajuste por Sinistralidade ou Reajuste por Mudança de Faixa Etária.

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP sobre reajuste, segundo o ano do processo, por tipo de decisão proferida em 1ª instância							
Tipo de decisão	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Multa Pecuniária	272	334	161	100	29	73	969
Sem decisão	4	6	4	32	154	708	908
Improcedência	211	295	118	84	13	4	725
Advertência	13	12	6	8	1	0	40
Multa Pecuniária e Advertência	0	1	1	1	0	0	3
Penalidade já aplicada	0	0	0	0	0	0	0
Total	500	648	290	225	197	785	2.645

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP sobre reajuste, por ano do processo, segundo seu status							
Status do processo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Arquivado	383	509	210	143	31	21	1.297
Aguardando Defesa da Operadora	0	2	3	14	150	689	858
Em Cobrança	117	105	35	18	4	38	317
Análise de Recurso	0	22	31	25	6	4	88
Elaboração de Decisão	0	2	1	14	4	11	32
Aguardando Deliberação da Diretoria Colegiada	0	4	7	2	0	0	13
Extrato de Decisão	0	0	0	4	0	7	11
Aguardando Documentos de Arquivamento	0	2	2	3	2	1	10
Aguardando Intimação da Operadora	0	0	0	1	0	7	8
Aguardando Publicação no Site	0	0	0	0	0	6	6
Aguardando Recurso da Operadora	0	0	1	0	0	1	2
Aguardando Finalização do Circuito	0	0	0	1	0	0	1
Aguardando Lavratura de Novo Auto	0	1	0	0	0	0	1
Aguardando Publicação no DO	0	1	0	0	0	0	1
Total	500	648	290	225	197	785	2.645

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

- **DESCRENCIAMENTOS IRREGULARES**

Filtros de Pesquisa:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Nº do Processo não está em branco;
- Ano do processo é maior ou igual a 2020;
- Tema = Cobertura;
- Seleção de demandas que contenham em seu relato o radical “descredenciamento”.

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP assistenciais com relato de descredenciamento de rede, segundo o ano do processo, por tipo de decisão proferida em 1ª instância							
Tipo de decisão	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Multa Pecuniária	141	74	215	105	37	101	673
Improcedência	29	44	112	67	4	3	259
Advertência	0	0	0	0	0	0	0
Multa Pecuniária e Advertência	0	0	1	0	0	0	1
Penalidade já aplicada	0	0	0	0	0	0	0

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP assistenciais com relato de descredenciamento de rede, segundo o ano do processo, por tipo de decisão proferida em 1ª instância

Sem decisão	0	1	5	20	89	364	479
Total	170	119	333	192	130	468	1.412

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP assistenciais com relato de descredenciamento, por ano do processo, segundo o status do processo

Status do processo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Arquivado	61	82	215	104	15	31	508
Em Cobrança	109	35	58	39	13	56	310
Aguardando Defesa da Operadora	0	1	4	14	88	359	466
Análise de Recurso	0	1	41	21	10	3	76
Aguardando Documentos de Arquivamento	0	0	2	2	3	3	10
Aguardando Deliberação da Diretoria Colegiada	0	0	10	3	0	0	13
Elaboração de Decisão	0	0	1	5	1	4	11
Aguardando Intimação da Operadora	0	0	0	0	0	5	5
Aguardando Recurso da Operadora	0	0	0	3	0	1	4
Extrato de Decisão	0	0	0	1	0	2	3
Aguardando Publicação no Site	0	0	0	0	0	3	3
Aguardando Finalização do Circuito	0	0	2	0	0	0	2
Aguardando Extrato de Publicação	0	0	0	0	0	1	1
Total	170	119	333	192	130	468	1.412

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

- AUDITORIAS MÉDICAS ABUSIVAS

Filtros de Pesquisa:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Nº do Processo não está em branco;
- Data de emissão do AI a partir de 01/01/2020;
- Tema = Cobertura;
- Seleção de demandas que contenham em seu relato uma das seguintes palavras/expressões-chave: "junta médica", "divergência médica" ou "auditoria médica".

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP assistenciais com relato de divergência médica, segundo o ano do processo, por tipo de decisão proferida em 1ª instância

Tipo de decisão	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Multa Pecuniária	112	150	217	193	63	127	862
Improcedência	76	97	88	125	9	6	401
Advertência	0	0	0	0	0	0	0
Sem decisão	1	2	2	32	103	635	775
Total	189	249	307	350	175	768	2.038

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP assistenciais com relato de divergência médica, por ano do processo, segundo o status do processo

Status do processo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Arquivado	150	207	225	229	53	38	902
Aguardando Defesa da Operadora	0	0	1	17	102	617	737
Em Cobrança	38	35	56	29	12	82	252
Análise de Recurso	0	5	19	43	7	0	74
Elaboração de Decisão	0	0	0	14	1	9	24
Aguardando Documentos de Arquivamento	1	1	1	6	0	2	11
Aguardando Recurso da Operadora	0	0	1	7	0	1	9

Quantitativo de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP assistenciais com relato de divergência médica, por ano do processo, segundo o status do processo							
Extrato de Decisão	0	0	0	1	0	7	8
Aguardando Publicação no Site	0	0	0	0	0	7	7
Aguardando Deliberação da Diretoria Colegiada	0	1	2	3	0	0	6
Aguardando Intimação da Operadora	0	0	0	0	0	4	4
Aguardando Finalização do Circuito	0	0	1	1	0	0	2
Auto Lavrado	0	0	0	0	0	1	1
Decisão de 2ª Instância	0	0	1	0	0	0	1
Total	189	249	307	350	175	768	2.038

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

III – DA REINCIDÊNCIA DE CONDUTA INFRATIVA

A reincidência, a rigor, é tratada como condição agravante das penalidades previstas. Atualmente encontra-se prevista no art. 17 da RN nº 489/2022.

“Seção VI

Da Reincidência

Art. 17. Verifica-se a reincidência quando o agente regulado comete nova infração de mesmo tipo da infração anteriormente punida, cuja decisão tenha transitado em julgado.

§1º Ocorrerá a reincidência quando, entre a data do trânsito em julgado e a data da prática da infração posterior, houver decorrido período de tempo não superior a 1 (ano) ano.

§2º Excepcionam-se ao disposto no parágrafo anterior as infrações previstas no Capítulo II do Título II desta Resolução, hipótese em que o decurso de tempo não será superior a 2 (dois) anos.”

Desse modo, esclareça-se que para fins de aplicação no âmbito da saúde suplementar, conforme a normatização vigente e aplicável às operadoras de planos de saúde suplementar, **a reincidência é um instrumento utilizado para apenar de forma mais gravosa aquela que comete nova infração, de mesmo tipo no decurso inferior a 1 ano a contar do trânsito em julgado de processo sancionador anterior.** Registre-se que tal agravante é aplicada na dosimetria da pena de cada sancionador que se enquadre nos requisitos acima explicitados.

Registre-se que todos os normativos da Agência podem ser consultados no sítio da ANS mediante o link: https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao

Assim, dentro dos esclarecimentos acima prestados, de forma a contemplar a requisição das informações, foi levantando o quantitativo de processos por ano com aplicação de reincidência nas penalidades e as operadoras classificadas como reincidentes por ano também.

Seguem os filtros utilizados na pesquisa (**Reincidência**):

- Base: Multas SIPAR;
- Data da decisão a partir de 01/01/2020;
- Tipo de penalidade é diferente de “Advertência” e diferente de “Improcedência”;
- Seleção de demandas que contenham na variável DE_EMENTA_DECI alguma das seguintes palavras/expressões-chave: radical “reincid” (pegando reincidência, reincidente), art.7º, III da RN 124/06 (e variações, como inciso III, do artigo 7º, da RN 124/06, etc) ou art.7º, inciso II da RN 489/22 (e variações, como artigo 7º, II da RN 489/22, etc).

Quantidade de OPS e de processos com aplicação de agravante pela constatação de reincidência, por ano de decisão		
Ano	Qtd de OPS	Qtd de processos
2020	88	545
2021	81	484
2022	57	185
2023	82	327
2024	142	1.138
2025	88	519
Total	238	3.198

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

Quantidade de processos com aplicação de agravante pela constatação de reincidência, segundo o ano da decisão, por OPS							
OPS	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
UNIMED NORTE/NORDESTE-FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL	157	169	21	20	13	6	386
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	9	12	15	35	203	87	361

NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	12	14	17	27	102	59	231
SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	25	24	11	17	98	43	218
UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	22	14	8	16	66	73	199
AGEMED SAÚDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	90	67	1	1	0	0	159
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	18	15	6	20	50	25	134
BRADESCO SAÚDE S.A.	17	18	14	20	39	24	132
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	7	7	5	11	34	18	82
FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DO ACRE, AMAPÁ, AMAZONAS, PARÁ, RONDONIA E RORAIMA	0	0	1	2	22	28	53
ORALCLASS ASSISTENCIA MÉDICA E ODONTOLOGICA LTDA. - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	1	5	9	10	27	1	53
ODONTOPREV S/A	5	19	5	10	9	1	49
SANTO ANDRÉ PLANOS DE ASSISTENCIA MÉDICA LTDA.	2	1	0	3	27	10	43
UNIMED VERTENTE DO CAPARÃO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA	0	2	0	3	32	4	41
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	8	5	3	2	16	5	39
PROMED ASSISTENCIA MEDICA LTDA	2	4	0	4	25	4	39
SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA	6	5	10	6	10	0	37
NOTRE DAME INTERMÉDICA MINAS GERAIS SAÚDE S.A.	2	3	2	3	17	3	30
UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉDICO LTDA	10	4	1	8	3	0	26
AMEPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA	2	5	0	2	12	4	25
UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	5	2	2	2	12	1	24
SUL AMÉRICA PARANÁ CLÍNICAS SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	2	2	4	2	11	3	24
PREMIUM SAÚDE S.A.	3	3	1	6	8	3	24
UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	4	1	0	6	10	2	23
SÁUDE BRASIL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.	0	0	0	0	14	8	22
MASSA FALIDA DE SAÚDE SIM LTDA	2	0	0	3	13	1	19
UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	1	2	1	0	12	3	19
GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	4	5	2	0	4	2	17
MASSA FALIDA DE SALUTAR SAÚDE SEGURADORA S.A.	14	1	0	0	2	0	17
IBBCA 2008 GESTÃO EM SAÚDE LTDA	0	3	5	4	4	0	16
GOOD LIFE SAUDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	0	0	0	7	6	2	15
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.	5	0	2	2	4	1	14
VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	5	3	0	2	4	0	14
UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	3	1	3	0	6	1	14
UNIMED MACEIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	2	0	1	2	9	0	14
BIOVIDA SAÚDE LTDA.	1	3	0	1	1	8	14
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	2	2	0	1	6	2	13
UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	1	1	2	1	7	1	13
ALVORECER - ASSOCIAÇÃO DE SOCORROS MÚTUOS	0	0	0	1	8	3	12
PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	1	1	0	0	4	5	11
E.X.M BRASIL SAÚDE LTDA	3	0	1	2	4	1	11
SAMP ESPIRITO SANTO ASSISTENCIA MEDICA SA	0	1	1	1	5	3	11
UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1	1	0	0	7	2	11
UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA.	1	3	0	1	5	0	10
GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	3	1	1	0	3	2	10
SANTA RITA SISTEMA DE SAUDE LTDA	0	0	0	2	6	2	10
CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0	0	0	2	5	3	10
UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	0	1	0	0	4	4	9
UNIMED DE SANTOS COOP DE TRAB MEDICO	3	1	0	2	1	2	9
UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	2	0	1	3	3	9
UNIMED SAO JOSE DOS CAMPOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	0	2	0	2	5	0	9
MASSA FALIDA DE MEDICAL BRASIL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	8	0	0	0	0	0	8
SAUDE CASSEB ASSISTENCIA MEDICA LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	0	0	2	5	1	0	8
FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ	2	0	0	1	4	0	7
POSTAL SAÚDE CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS	1	1	1	0	1	3	7
UNIMED DE FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA.	2	1	0	0	3	1	7
AMERON - ASSISTÊNCIA MÉDICA RONDÔNIA S/A.	0	0	0	2	5	0	7
MASSA FALIDA DE HOSPITAL BOM SAMARITANO S/S LTDA	0	0	1	2	4	0	7
PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA	0	1	0	0	3	3	7
RN METROPOLITAN LTDA	1	1	1	0	3	1	7
UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	1	0	2	2	2	7
UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MED E HOSP LTDA	0	2	0	1	2	2	7
FUNDAÇÃO CESP	0	2	0	2	2	0	6
ESMALE ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA.	0	0	1	0	4	1	6
HUMANA SAÚDE NORDESTE LTDA.	0	0	1	0	4	1	6
HALSA OPERADORA DE MEDICINA DE GRUPO LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	0	3	0	2	1	0	6
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA	1	3	1	0	0	0	5
MASSA FALIDA DE AMI - ASSISTÊNCIA MÉDICA INFANTIL LTDA	5	0	0	0	0	0	5
GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	5	0	0	0	0	0	5

JARDIM AMÉRICA SAÚDE LTDA.	2	2	1	0	0	0	5
MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A.	2	0	1	1	0	1	5
UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	2	0	0	0	3	0	5
INSOLVÊNCIA CIVIL DE ASSOCIAÇÃO METROPOLITANA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	1	1	1	2	0	0	5
UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	0	0	1	2	2	0	5
UNIMED CARUARU-COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	0	1	0	1	2	1	5
UNIMED UBERLÂNDIA COOPERATIVA REGIONAL TRABALHO MÉDICO LTDA	3	0	0	1	0	0	4
UNIMED MONTES CLAROS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.	0	2	1	0	1	0	4
BEM BENEFICIOS ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA	3	1	0	0	0	0	4
CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONARIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO	3	0	0	0	1	0	4
CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA	1	0	0	0	2	1	4
UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1	1	0	1	0	1	4
CENTRO DE ENDOCRINOLOGIA DE JUNDIAÍ S/S LTDA	2	0	0	0	1	1	4
UNI Hosp SAÚDE LTDA	0	0	0	0	3	1	4
UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	1	1	1	1	0	4
DONA SAÚDE CLINICAS LTDA	1	1	0	0	2	0	4
G L PARTICIPAÇÕES E ADMINISTRAÇÃO DE BENS LTDA.	4	0	0	0	0	0	4
SANTA LUZIA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	0	0	0	0	2	2	4
SOCIEDADE BENECAP DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	0	0	0	0	3	1	4
SAMOC S.A. - SOCIEDADE ASSISTENCIAL MÉDICA E ODONTO CIRÚRGICA	1	0	1	1	0	0	3
PETRÓLEO BRASILEIRO S.A.-PETROBRAS	0	2	0	0	1	0	3
H.B. SAÚDE S/A.	0	1	0	1	0	1	3
ITAUSEG SAÚDE S.A.	1	1	0	0	1	0	3
ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTOVÃO	1	0	0	1	0	1	3
UNIMED DE DOURADOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA	3	0	0	0	0	0	3
BRDESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS S/A	0	0	0	0	2	1	3
CELULOSE NIPO-BRASILEIRA S/A - CENIBRA	0	0	0	0	3	0	3
LIV LINHAS INTELIGENTES DE ATENÇÃO À VIDA S/A	0	0	1	0	2	0	3
MAIS SAUDE S/A	0	0	0	1	2	0	3
PROPULSÃO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	0	0	0	0	1	2	3
TERRAMAR ADMINISTRADORA DE PLANO DE SAUDE LTDA	0	1	0	2	0	0	3
UNIMED RIO VERDE COOPERATIVA TRABALHO MEDICO	0	0	0	2	0	1	3
VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA	0	0	0	2	1	0	3
MASSA FALIDA DE AMENO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.	1	0	1	0	0	0	2
CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CAPESESP	1	0	0	1	0	0	2
UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1	0	0	1	0	0	2
ASSISTÊNCIA MÉDICA SÃO MIGUEL LTDA	0	0	1	0	0	1	2
ASSISTENCIA MEDICO HOSPITALAR SAO LUCAS S/A	2	0	0	0	0	0	2
UNIMED SAO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRABALHO MÉDICO	1	0	0	0	1	0	2
CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA.	0	0	0	0	1	1	2
ASSOCIAÇÃO SANTA SAÚDE	0	0	1	0	1	0	2
ATÍVIA SERVIÇOS DE SAÚDE S/A	0	0	0	0	2	0	2
OPERADORA UNICENTRAL DE PLANOS DE SAÚDE LTDA.	0	0	0	0	2	0	2
PLAMED PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	1	0	0	0	1	0	2
UNIMED DE CAMPOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	0	1	1	2
UNIMED DIVINOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA	0	0	2	0	0	0	2
UNIMED GOVERNADOR VALADARES COOP. DE TRABALHO MÉDICO LTDA.	0	0	0	0	2	0	2
AFFIANCE LIFE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA	1	1	0	0	0	0	2
ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR CRUZ AZUL SAÚDE	0	0	0	0	2	0	2
ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONARIOS PUBLICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	0	0	0	0	2	0	2
ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	0	1	0	0	1	0	2
ASSOCIAÇÃO SÃO FRANCISCO VIDA	0	0	1	1	0	0	2
BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	0	0	0	0	0	2	2
CENTRO ODONTOLOGICO INTEGRADO LTDA	1	0	0	0	1	0	2
ECONOMUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL	0	0	0	1	1	0	2
INSOLVÊNCIA CIVIL DE SOCIAL-SOCIEDADE ASSISTENCIAL E CULTURAL	0	0	0	1	1	0	2
LEADER ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR LTDA.	0	1	0	0	0	1	2
MED LIFE SAUDE ATA LTDA	0	0	0	0	2	0	2
PLENA SAÚDE S.A.	0	0	1	0	1	0	2
SOBAM CENTRO MÉDICO HOSPITALAR S.A.	0	1	0	0	0	1	2
TELOS - FUNDAÇÃO EMBRATEL DE SEGURIDADE SOCIAL	1	0	0	0	1	0	2
UNIMED AMPARÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	0	0	2	2
UNIMED CABO FRIO COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO LTDA.	2	0	0	0	0	0	2
UNIMED DE BIRIGUI - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1	1	0	0	0	0	2
UNIMED MARANHÃO DO SUL - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	1	0	0	1	2
UNIMED PETROPOLIS-RJ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	2	0	0	0	0	0	2
UNIMED SERGIPE - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	1	1	0	0	2
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	0	2	0	2
QUALITY PRÓ SAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.	0	0	0	0	0	1	1

ADPART M2 ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	0	0	1	0	0	0	1
CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - CABERJ	0	0	0	0	1	0	1
INSOLVÊNCIA CIVIL DE COOPERATIVA DE USUÁRIOS ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR LTDA - VIVAMED SAÚDE	1	0	0	0	0	0	1
PROMED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	1	0	0	0	0	0	1
UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	1	0	0	1
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA CEDAE	0	0	0	0	1	0	1
MASSA FALIDA DE MULTI SERVICOS APOIO ADMINISTRATIVO LTDA	0	0	0	0	1	0	1
UNIMED GURUPI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	0	1	0	1
UNIMED NOVA FRIBURGO-SOC.COOP.SERV.MED.HOSP.LTDA.	0	0	0	0	1	0	1
VALE S/A	0	0	0	0	1	0	1
CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A	0	0	0	0	0	1	1
CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITARIA DO RIO DE JANEIRO	0	0	0	0	1	0	1
CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	0	0	0	0	0	1	1
CB SAÚDE ADMINISTRAÇÃO EM SAUDE SUPLEMENTAR LTDA	0	0	0	0	1	0	1
GS PLANO GLOBAL DE SAÚDE LTDA	0	1	0	0	0	0	1
HUMANA SAÚDE SUL LTDA.	1	0	0	0	0	0	1
ÔNIX OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA	0	0	0	0	1	0	1
ORION PLANOS E SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	0	0	0	1	0	0	1
PASA - PLANO DE ASSISTENCIA A SAUDE DO APOSENTADO DA VALE	0	1	0	0	0	0	1
QUALICORP CLUBE DE SAÚDE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.	0	1	0	0	0	0	1
QV BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA	0	0	0	1	0	0	1
SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A.	0	0	0	1	0	0	1
UNIMED ANHANGUERA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	0	0	1	1
UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	0	0	1	1
UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP.DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	0	1	0	1
UNIMED SÃO CARLOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1	0	0	0	0	0	1
AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA	0	0	1	0	0	0	1
AMAZÔNIA PLANOS DE SAÚDE LTDA	0	0	0	1	0	0	1
AMESC - ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ	0	0	0	1	0	0	1
ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA	0	0	0	0	0	1	1
ASSOCIAÇÃO DO FISCO DE ALAGOAS	0	1	0	0	0	0	1
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA COMPANHIA ESTADUAL DE HABITAÇÃO E OBRAS PÚBLICAS - ASSEC	0	0	0	0	0	1	1
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES FISCAIS DO ESTADO DA BAHIA	1	0	0	0	0	0	1
ASSOCIAÇÃO DR. BARTHOLOMEU TACCHINI	0	1	0	0	0	0	1
ATITUDE SAÚDE ASSISTÊNCIA MEDICA LTDA	0	0	1	0	0	0	1
BEST SENIOR OPERADORA DE SAÚDE LTDA	0	0	0	0	1	0	1
BRASILDENTAL OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS S.A.	1	0	0	0	0	0	1
CASA DE SAÚDE SÃO BERNARDO LTDA	0	0	0	0	0	1	1
CEDPLAN SAÚDE LTDA EPP	0	0	0	0	1	0	1
CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO	0	0	1	0	0	0	1
CLÍNICA SÃO JOSÉ SAUDE LTDA.	1	0	0	0	0	0	1
COMPANHIA DE ENGENHARIA DE TRAFEGO - CET	0	0	0	0	1	0	1
CONFIANÇA ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR LTDA	0	0	0	0	1	0	1
COOPERCISO - CENTRO INTEGRADO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO S/S LTDA.	0	0	0	0	1	0	1
FR PLANO ODONTOLÓGICO LTDA	0	0	0	0	1	0	1
FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - FUNDAFFEMG	1	0	0	0	0	0	1
HBC SAÚDE LTDA.	0	0	0	1	0	0	1
IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA	1	0	0	0	0	0	1
INSOLVÊNCIA CIVIL DE SEMPRE SAÚDE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS	0	0	0	0	1	0	1
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DONA ZILDA SALVAGNI	0	0	0	0	0	1	1
IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO	0	0	0	0	1	0	1
JTC ODONTOLOGIA LTDA.	0	0	0	0	1	0	1
MEDHEALTH PLANOS DE SAÚDE LTDA	0	0	0	0	1	0	1
MEDICAL MEDICINA ASSISTENCIAL S/A	0	0	1	0	0	0	1
MEDPLAN ASSISTÊNCIA MEDICA LTDA.	0	0	0	0	0	1	1
METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	0	0	0	0	1	0	1
METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL	0	0	0	0	1	0	1
PARANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0	0	0	0	1	0	1
PARANÁ CLÍNICAS - PLANOS DE SAÚDE S/A	0	0	0	1	0	0	1
PESSOAL SAÚDE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0	0	0	0	1	0	1
PLANO HOSPITAL SAMARITANO LTDA	0	0	0	0	1	0	1
QSAÚDE - OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA.	0	1	0	0	0	0	1
SAMEDIL SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO S/A	0	0	0	1	0	0	1
SAMIG - SERV. DE ASSISTENCIA MEDICA DA ILHA DO GOVERNADOR LTDA	0	0	0	0	0	1	1
SÃO LUCAS SAÚDE S/A	0	1	0	0	0	0	1
SAUDE - SISTEMA ASSISTENCIAL UNIFICADO DE EMPRESAS - SOCIEDADE SIMPLES	0	0	0	0	1	0	1
SAÚDE SANTA TEREZA LTDA.	0	0	0	0	1	0	1

Quantidade de reclamações, segundo o ano de cadastro da demanda, por instrumento de processamento, tema e subtema									
NIP	Cobertura	Reembolso	16.029	21.822	30.423	64.287	64.713	41.386	238.660
		Regras para Acesso aos Atendimentos	43.956	57.130	74.277	99.161	103.597	73.518	451.639
		Rol de Procedimentos e Cobertura Contratual	16.627	16.689	20.001	32.436	35.763	38.931	160.447
		Total (NIP>>Cobertura)	102.554	136.954	189.031	292.046	301.935	243.959	1.266.479
	Contratos e Regulamentos	Adaptação ou Migração Contratual	1.368	1.649	1.220	1.274	1.625	1.365	8.501
		Contratação/Adesão e Vigência Contratual	2.847	2.800	3.110	5.114	5.598	5.053	24.522
		Coparticipação e Franquia	1.838	2.519	1.953	2.800	3.009	2.949	15.068
		Demitidos, Exonerados e Aposentados	642	562	494	586	538	675	3.497
		Documentos/Informações Obrigatórias ao Consumidor	1.377	1.789	1.891	2.464	3.238	2.318	13.077
		Inclusão de Dependentes do Consumidor	878	971	1.026	1.451	2.051	1.629	8.006
		Itens Obrigatórios e Cláusulas Contratuais	6.119	6.085	6.288	7.123	7.949	4.692	38.256
		Portabilidade de Carências	2.594	2.460	2.362	3.421	4.964	4.152	19.953
		Suspensão e Rescisão Contratuais	17.822	18.935	17.853	22.155	25.477	17.532	119.774
		Total (NIP>>Contratos e regulamentos)	35.485	37.770	36.197	46.388	54.449	40.365	250.654
	Mensalidades e Reajustes	Mensalidade ou Outras Cobranças	7.144	9.068	6.640	9.238	13.690	12.150	57.930
		Reajuste por Mudança de Faixa Etária	1.624	1.660	827	1.094	1.313	1.256	7.774
		Reajuste por Sinistralidade	38	45	58	131	0	0	272
		Reajuste por Variação de Custos	2.501	2.774	2.242	5.116	4.576	4.263	21.472
		Total (NIP>>Mensalidades e reajustes)	11.307	13.547	9.767	15.579	19.579	17.669	87.448
Total (NIP)		149.346	188.271	234.995	354.013	375.963	301.993	1.604.581	
PAP	Cartão de desconto	13	17	15	4	5	6	60	
	Definição e Modalidade de Operadoras	4	9	1	8	6	3	31	
	Envio de Informações à ANS	16	23	6	11	8	6	70	
	Garantias Financeiras e Ativos Garantidores	0	0	0	1	1	0	2	
	Adesão Beneficiário Inelegível	8	8	7	24	13	4	64	
	Contratualização	11	40	12	10	20	14	107	
	Ouvidoria da Operadora	28	63	43	103	159	34	430	
	Regras Contratuais contrárias a Legislação	305	149	40	80	49	119	742	
	Regras para atendimento	678	811	1.174	1.000	1.414	765	5.842	
	Operações Financeiras (Lei 9656, art. 21 e 22)	1	1	0	0	2	0	4	
	Regimes Especiais - Desequilíbrios Técnicos ou Econômico-Financeiros	1	2	0	3	0	13	19	
	Registro na ANS	94	78	63	38	53	31	357	
	Ressarcimento ao SUS	0	1	0	0	0	0	1	
	Taxa de Saúde Suplementar - TSS	0	0	0	0	3	0	3	
	Transferência de Carteira	239	57	50	95	82	15	538	
	Índice do Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS	0	0	1	0	0	0	1	
Total (PAP)	1.398	1.259	1.412	1.377	1.815	1.010	8.271		
Representação	Descrédenciamiento de rede hospitalar	592	910	1.551	1.161	1.236	917	6.367	
	Descrédenciamiento de rede não hospitalar	321	1.136	2.544	1.510	1.600	1.039	8.150	
	Total (Representação)	913	2.046	4.095	2.671	2.836	1.956	14.517	
Total		151.657	191.576	240.502	358.061	380.614	304.959	1.627.369	

Fonte: SIF-Consulta. Data de Extração: 09/12/2025

A quantidade de NIP anualmente registrada para fins de resposta ao subitem 3.3, seguem as informações:

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual), por ano de cadastro da demanda							
Situação da demanda	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Em análise no âmbito da NIP	0	0	4	34.266	68.667	59.792	162.729
Finalizada no âmbito da NIP	137.082	174.079	212.448	295.017	297.780	231.395	1.347.801
Encaminhada para abertura de processo sancionador e emissão de AI	12.264	14.192	22.543	24.730	9.516	10.806	94.051
Total	149.346	188.271	234.995	354.013	375.963	301.993	1.604.581

Fonte: SIF-Consulta. Data de Extração: 09/12/2025

A seguir encaminhamos a quantidade e valores de penalidades aplicadas anualmente:

Quantidade e valor da penalidade aplicada em demandas NIP, segundo a existência da constatação de reincidência, por ano de cadastro da demanda				
Ano	Sem constatação de reincidência		Com aplicação de agravante pela constatação de reincidência	
	Qtd	Vlr	Qtd	Vlr
2020	7.784	R\$ 572.479.258,30	653	R\$ 60.822.949,91
2021	8.216	R\$ 603.830.315,70	604	R\$ 51.730.677,21
2022	10.540	R\$ 819.968.657,90	1.182	R\$ 100.676.742,50
2023	6.683	R\$ 524.973.311,30	207	R\$ 17.797.440,00
2024	1.201	R\$ 91.190.500,00	2	R\$ 352.000,00
2025	405	R\$ 30.412.400,00	1	R\$ 66.000,00
Total	34.829	R\$ 2.642.854.443,20	2.649	R\$ 231.445.809,62

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

Segue a quantidade de processos sancionadores abertos por ano:

Qtd de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP, por ano de cadastro da demanda, segundo seu status							
Status do processo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Aguardando Defesa da Operadora	17	42	3.346	16.228	8.051	7.046	34.730
Arquivado	7.161	10.726	12.624	3.851	127	18	34.507
Em Cobrança	4.851	2.622	3.075	2.765	715	100	14.128
Análise de Recurso	75	555	2.377	661	55	9	3.732
Aguardando Abertura de Processo	0	0	0	1	16	3.323	3.340
Elaboração de Decisão	4	25	372	284	220	38	943
Aguardando Publicação no Site	1	2	23	198	178	111	513
Aguardando Deliberação da Diretoria Colegiada	29	122	238	32	2	0	423
Aguardando Recurso da Operadora	1	19	164	156	4	6	350
Aguardando Documentos de Arquivamento	13	28	105	172	7	1	326
Extrato de Decisão	1	0	85	146	46	11	289
Aguardando Intimação da Operadora	1	2	7	127	56	11	204
Em Apuração	1	0	4	49	18	99	171
Aguardando Finalização do Circuito	9	29	78	5	0	0	121
Finalizada - Abertura de Demanda Institucional	91	0	0	0	0	0	91
Auto Lavrado	2	4	14	19	7	30	76
Aguardando Lavratura de Novo Auto	1	3	7	7	0	1	19
Em Reunião Presencial	1	4	9	3	0	0	17

Qtd de processos administrativos sancionadores instaurados a partir de demandas NIP, por ano de cadastro da demanda, segundo seu status							
Aguardando Extrato de Publicação	0	0	1	7	9	0	17
Finalizada sem Indício de Infração	2	2	4	8	0	0	16
Comunicação de Decisão de 2ª Instância	1	2	3	0	0	0	6
Em Análise de Ajuste de Conduta	0	1	0	4	0	0	5
Sobrestada	1	3	0	0	0	0	4
Em Análise por outra Diretoria	0	0	2	1	0	1	4
Finalizada por Inexistência de Indício de Infração	1	0	0	0	3	0	4
Finalizada por Insuficiência de Dados	0	0	0	3	0	0	3
Em Diligências Adicionais	0	1	2	0	0	0	3
Finalizada por Duplicidade	0	0	1	1	0	0	2
Sugestão de Arquivamento	0	0	0	0	2	0	2
Aguardando Arquivamento	0	0	1	0	0	0	1
Aguardando Classificação da Demanda NIP - RN388	0	0	0	1	0	0	1
Aguardando Classificação Residual	0	0	0	1	0	0	1
Em Classificação da Demanda NIP - RN388	0	0	0	0	0	1	1
Sugestão de Anulação de Auto	0	0	1	0	0	0	1
Total	12.264	14.192	22.543	24.730	9.516	10.806	94.051

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025

V – DO MONITORAMENTO DE PRÁTICAS DE SELEÇÃO DE RISCO

- DA VEDAÇÃO LEGAL DE SELEÇÃO DE RISCO

De acordo com o art. 14 da Lei nº 9.656/98, **ninguém pode ser impedido por qualquer motivo de participar de plano privado de assistência à saúde**, enfatizando que esse impedimento não pode se dar nem pela idade nem pela condição de saúde do consumidor, nos seguintes termos:

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

Não obstante as duas situações ressaltadas pelo artigo 14, depreende-se desse dispositivo da Lei quenenhuma pessoa natural pode ser impedida, sob qualquer hipótese, de participar de planos privados de assistência à saúde.

Neste sentido, cabe ressaltar que, nos planos privados de assistência à saúde, **é vedada a prática de seleção de risco 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:

“É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de planosde 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.”

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

“Subseção I Da Proibição de Seleção de Riscos

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

Nos planos individuais ou familiares, a adesão é livre; qualquer pessoa pode contratar esse tipo de plano, conforme determina a Resolução Normativa ANS nº 557/2022, in verbis:

"Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar."

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

penalidades previstas na legislação setorial.

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

Desta forma, a operadora não poderá recusar a participação de pessoas naturais em contratos de planos de saúde em hipótese alguma, seja na contratação de plano de saúde individual/familiar (art.3º da RN ANS nº 557/2022) ou na adesão a contrato coletivo empresarial ou coletivo por adesão (art. 22 da RN ANS nº 557/2022), desde que no caso dos planos coletivos, sejam preenchidos os critérios de elegibilidade para o ingresso no plano dispostos em contrato ou regulamento.

Portanto, havendo legitimidade para a contratação de plano de saúde ou elegibilidade para a adesão, a operadora não poderá impedir a participação de pessoas naturais em planos de saúde por nenhum motivo, inclusive nos casos de inadimplência.

Com efeito, informamos que, no âmbito da regulação da saúde suplementar, os planos privados de assistência à saúde de contratação coletiva, sejam eles empresariais ou por adesão, submetem-se a um conjunto de normas editadas pela ANS, além da aplicação geral da Lei nº 9.656/98, e, de forma subsidiária, do Código de Defesa do Consumidor.

A Lei nº 9.656/1998 constitui o marco legal aplicável a todos os planos de saúde, inclusive os coletivos, disciplinando aspectos essenciais como segmentação assistencial, coberturas obrigatórias, regras de carência, atendimento de urgência e emergência e tratamento da doença ou lesão preexistente.

Todos os planos privados de assistência à saúde são obrigados a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, para atendimento integral das coberturas previstas na Lei nº 9.656/1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, dentro dos prazos máximos de atendimento previstos na RN ANS nº 566/2022.

Destaca-se a Resolução Normativa ANS nº 557, que 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. Essa norma estabelece critérios para a caracterização dos planos coletivos, distinguindo os planos coletivos empresariais e os planos coletivos por adesão, definindo os requisitos de vínculo legítimo entre beneficiários e a pessoa jurídica contratante e atribuindo responsabilidades específicas a essa contratante. Essa norma também busca coibir a constituição de planos coletivos sem lastro associativo ou empregatício efetivo, reforçando a necessidade de aderência à finalidade própria desse tipo de contratação.

Quanto à rescisão contratual, a RN ANS nº 557/2022 disciplina que os contratos coletivos somente podem ser denunciados imotivadamente após o prazo mínimo de vigência e mediante comunicação prévia, observados os parâmetros regulatórios. Nesse contexto, a Resolução Normativa ANS nº 438/2018 assume especial relevância ao assegurar aos beneficiários, em hipóteses de rescisão do contrato coletivo, o direito ao exercício da portabilidade de carências, permitindo que possam ingressar em outro plano de saúde sem a necessidade de cumprir novos prazos de carência.

Ainda, em relação a este item, foi realizado um levantamento com filtros para identificar os casos em que o beneficiário procurou a ANS para registrar uma reclamação e possa ter sido objeto de uma conduta classificável como seleção de riscos.

Assim, reforça-se a ANS atua individualmente para fins de apuração da conduta.

Na mesma linha dos tópicos anteriores, a ressalva necessária sobre pesquisas que consideram palavra-chave pode trazer algum viés, mas não retiram a visão panorâmica almejada.

Seguem os filtros utilizados na pesquisa - **Seleção de risco**:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Período entre 01/01/2015 e 30/11/2025 (data mais atual da BC), para informação de quantidade de demandas, e a partir de 01/01/2020, para informação de AI e penalidades;
- Subtema = “Contratação/Adesão e Vigência Contratual” ou “Portabilidade de Carências”;
- Seleção de demandas que contenham em seu resumo uma das palavras/expressões-chave: radical “recus” (pegando recusa, recusado, recusando, recusou...), o radical “impedi” (pegando impedimento, impedido...), “art. 14” (e variações, como artigo 14, art. nº 14...), “súmula 19” (e variações, como súmula normativa 19, súmula nº 19...), “súmula 27” (e variações, como súmula normativa 27, súmula nº 27...), “falta de resposta”, “ausência de resposta”, “negativa de inserção”, “negativa de ingresso”, “negativa de adesão”, “negativa de inclusão”, “inserção negada”, “ingresso negado”, “adesão negada” ou “inclusão negada”.

A seguir apresentam-se as planilhas com os levantamentos: a primeira com o quantitativo de reclamações por ano, a segunda com o quantitativo de processos sancionadores instaurados por ano; e a terceira com o quantitativo de penalidades aplicadas por ano.

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas NIP com relato de impedimento/recusa de contratação, por ano de cadastro da demanda							
Situação da demanda	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Em análise no âmbito da NIP	0	0	0	170	669	745	1.584
Finalizada no âmbito da NIP	1.339	1.419	1.589	2.157	2.522	2.209	11.235
Encaminhada para abertura de processo sancionador e emissão de AI	129	133	145	220	177	239	1.043
Total	1.468	1.552	1.734	2.547	3.368	3.193	13.862

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025.

Autos de infração (AI) lavrados em demandas NIP com relato de impedimento/recusa de contratação, por ano de cadastro da demanda, segundo o status do AI							
Status do AI	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Autos válidos (Finalizados)	92	93	100	216	177	179	857
Autos anulados	37	40	45	2	0	0	124
Aguardando abertura de processo e/ou emissão de AI	0	0	0	2	0	60	62
Total	129	133	145	220	177	239	1.043

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025.

Penalidades aplicadas em demandas NIP com relato de impedimento/recusa de contratação, por ano de cadastro da demanda, segundo o tipo de decisão							
Tipo de penalidade	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Improcedência	37	40	45	2	0	0	124
Advertência	2	4	4	0	0	0	10
Multa pecuniária	90	88	77	75	39	18	387
Multa pecuniária e advertência	0	0	0	0	0	0	0
Aguardando decisão	0	1	19	143	138	221	522
Total	129	133	145	220	177	239	1.043

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025.

Em prosseguimento, potencialmente, o assunto pode guardar relação com o tipo de infrativo, chamado de seleção de risco, cuja subsunção do fato à norma é mais complexo, a saber:

“Art. 57. Impedir ou restringir a participação de beneficiário em plano privado de assistência à saúde:
Sanção - advertência; multa de R\$ 50.000,00.”

A complexidade aqui decorre da necessária demonstração nos autos de que naquele caso concreto houve ação específica direcionada a determinado(s) beneficiário(s), excluindo-os por fatores etários, pessoais ou condições de saúde. Em contratos coletivos, demandaria como prova irrefutável a demonstração que o motivo da rescisão foi por fatores de idade, pessoais ou condições de saúde. Em contratos coletivos trata-se de tarefa ainda mais desafiadora, principalmente porque em regra a rescisão atinge toda a massa de beneficiários daquele contrato, com aos mais variados perfis etários, fatores pessoais e condições de saúde.

Vale destacar que a depender do caso concreto pode ser configurado tipo infrativo distinto do acima mencionado, como, por exemplo, negativa de portabilidade, não atendimento a uma regra disposta na regulamentação sobre rescisão contratual, descumprimento contratual, dentre outros.

Assim, a avaliação quanto ao quantitativo de demandas acima identificadas na presente pesquisa deve ser entendido dentro das limitações de filtros disponíveis junto ao Sistema Integrado de Fiscalização -SIF, sendo certo que o SIF não possui a granularidade adequada para identificar de forma mais assertiva se aquela determinada demanda teve por objeto o assunto "seleção de risco", que como explicitado possui natureza complexa e que demanda melhor avaliação no caso concreto.

VI – AÇÕES DA ANS PARA COIBIR NEGATIVAS DE COBERTURA ASSISTENCIAL

Quanto ao item relativo ao envio de informações sobre ações concretas que a ANS tem realizado para fiscalizar operadoras que negam cobertura de procedimento, especialmente em certos perfis de usuários destacados na solicitação, foi realizado o levantamento de informações da base de dados com os seguintes filtros:

Filtros da pesquisa:

- Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);
- Período entre 01/01/2020 e 30/11/2025 (data mais atual da BC), para informação de quantidade de demandas, e a partir de 01/01/2020, para informação de AI e penalidades;
- Tema = Cobertura;
- Seleção de demandas que contenham em sua descrição uma das seguintes palavras/expressões-chave: idoso(a), em razão da idade (e variações, como “pela idade”, “devido a idade”, etc), deficiente, deficiência, PCD, 13.146 (ou seja, Lei 13.146, estatuto da pessoa com deficiência), dificuldade cognitiva, PNE, portador de necessidades especiais, síndrome, doença rara, fibrose, esclerose, distrofia muscular, crônica(o), congênita, alto custo, tratamento caro, doença grave, tuberculose, paralisia, hepatopatia, nefropatia, hanseníase, espondiloartrose, parkison, paget, contaminação por radiação, cegueira alienação mental, aids, cardiopatia, câncer, oncológico, carcinoma, sarcoma, leucemia, linfoma, mieloma, tumor, neoplasia, autista, autismo, TEA, T.E.A., 12.764 - isto é, Lei 12.764, de Autismo -, F84 (CID), asperger - tipo de autismo -, denver, autístico, (análise do comportamento aplicada ou ABA) + fono ou psicólogo ou ocupacional ou terapia ou método ou sessão;
- Destaque para demandas que contenham na variável DE_EMENTA_DECI alguma das seguintes palavras/expressões-

chave: radical "reincid" (pegando reincidência, reincidente), art.7º, III da RN 124/06 (e variações, como inciso III, do artigo 7º, da RN 124/06, etc) ou art.7º, inciso II da RN 489/22 (e variações, como artigo 7º, II da RN 489/22, etc) à para responder o item 8.5

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas NIP assistenciais envolvendo pessoas em condição de vulnerabilidade, por ano de cadastro da demanda							
Situação da demanda	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Em análise no âmbito da NIP	14	6	1	4.414	8.035	7.343	19.813
Finalizada no âmbito da NIP	6.658	10.587	15.665	27.230	27.281	24.022	111.443
Encaminhada para abertura de processo sancionador e emissão de AI	582	946	2.537	3.296	1.067	1.298	9.726
Total	7.254	11.539	18.203	34.940	36.383	32.663	140.982

Fonte: SIF-Consulta. Data de Extração: 09/12/2025

Demandas NIP assistenciais - envolvendo pessoas em condição de vulnerabilidade - encaminhadas para abertura de processo sancionador e emissão de AI, por ano de cadastro da demanda, segundo o status do AI							
Status do AI	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Autos válidos (Finalizados)	367	591	1.748	3.130	1.058	852	7.746
Autos anulados	214	354	783	162	3	2	1.518
Aguardando abertura de processo e/ou emissão de AI	1	1	6	4	6	444	462
Total	582	946	2.537	3.296	1.067	1.298	9.726

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025.

Demandas NIP assistenciais - envolvendo pessoas em condição de vulnerabilidade - encaminhadas para abertura de processo sancionador e emissão de AI, por ano de cadastro da demanda, segundo o tipo de decisão							
Tipo de penalidade	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Improcedência	214	354	783	162	3	2	1.518
Advertência	0	0	4	1	0	0	5
Multa pecuniária	362	585	1.232	928	144	53	3.304
Multa pecuniária e advertência	2	1	0	0	0	0	3
Aguardando decisão	4	6	518	2.205	920	1.243	4.896
Total	582	946	2.537	3.296	1.067	1.298	9.726

Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025.

Quantidade e valor da penalidade aplicada em demandas NIP assistenciais envolvendo pessoas em condição de vulnerabilidade, segundo a existência da constatação de reincidência, por ano de cadastro da demanda				
Ano	Sem constatação de reincidência		Com aplicação de agravante pela constatação de reincidência	
	Qtd	Vlr	Qtd	Vlr
2020	339	R\$ 28.827.480,00	25	R\$ 2.719.200,00
2021	536	R\$ 49.863.800,00	50	R\$ 5.762.240,00
2022	1.082	R\$ 108.977.760,00	150	R\$ 15.577.040,00
2023	895	R\$ 78.139.960,00	33	R\$ 2.811.600,00
2024	143	R\$ 11.216.400,00	1	R\$ 264.000,00
2025	53	R\$ 4.800.000,00	0	R\$ 0,00

Quantidade e valor da penalidade aplicada em demandas NIP assistenciais envolvendo pessoas em condição de vulnerabilidade, segundo a existência da constatação de reincidência, por ano de cadastro da demanda				
Total	3.048	R\$ 281.825.400,00	259	R\$ 27.134.080,00
Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 09/12/2025				

Destarte, a partir dos dados ora colacionados, nota-se que a ANS tem atuado de forma efetiva na aplicação das penalidades cabíveis ante o comportamento infracional das operadoras de planos de saúde, de modo a garantir o atendimento das demandas assistenciais dos beneficiários/consumidores.

Além disso, importante destacar o aprimoramento no modelo de fiscalização com a adoção da regulação responsiva, por meio do qual a ANS passa a exigir de maneira assertiva a estruturação adequada de serviço de atendimento ao cliente, garantir o devido acolhimento do beneficiário no momento de aflição, bem como passa a adotar uma forma estratégica de fiscalização, valendo-se das reclamações dos beneficiários de plano de saúde para identificar padrões de comportamento infracional e direcionar, a partir de tal verificação, as ações de fiscalização de forma a alcançar as operadoras que efetivamente praticam comportamento em desalinho com a regulação.

VII – DO NOVO MODELO DE FISCALIZAÇÃO E O ÍNDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES (IGR)

Por oportuno, informamos que a RN nº 623/2024 entrou em vigor em 1º de julho de 2025. Uma das mudanças foi a implementação de sistema de incentivos envolvendo metas trimestrais no Índice Geral de Reclamações - IGR. O IGR é importante termômetro sobre como as operadoras têm se relacionando com o beneficiário de plano de saúde em suas centrais de atendimento e SACs. O Indicador distingue as operadoras entre as mais e as menos reclamadas, com critério que equaliza o porte dessas reguladas. A lógica é de que quanto menos reclamada a operadora, maior é o indicativo de acolhimento ao beneficiário, da resolutividade das solicitações do consumidor na origem, de prevenção bem feita e boa comunicação.

Segue a redação vigente do art. 22 do normativo:

Art. 22. As operadoras de planos de saúde serão avaliadas por metas de desempenho, para segmentação médico-hospitalar e odontológica, trimestralmente, do Índice Geral de Reclamações - IGR, com divulgação no site da ANS, conforme critérios definidos em ficha técnica específica, prevista no Anexo II desta Resolução.

§ 1º A ficha técnica específica de que trata o caput estabelecerá critérios para a Meta de Excelência do IGR trimestral e para a Meta de Redução do IGR trimestral, podendo ser alterada a qualquer tempo por decisão da Diretoria Colegiada.

§ 2º Para fins do presente artigo, o agente de fiscalização, quando da aplicação do art. 33 da Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022 e análise da demanda de reclamação de acordo com a agravante prevista no art. 7º, IV, da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022, observará em classificação divulgada no site da ANS se a operadora atingiu um dos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, considerando a classificação aplicável à data do registro da demanda na ANS.

§ 3º A agravante prevista no art. 7º, IV, da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022, não se aplica à conduta apurada por meio do rito da representação previsto no art. 25 da Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022.

A ficha técnica do Normativo (Anexo II - disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDU5Ng==>) traz todos os detalhes sobre o cálculo das metas trimestrais de IGR.

Os supracitados trimestres obedecem ao ano civil. Assim, tendo a norma entrado em vigor em 1º de julho de 2025 o primeiro trimestre avaliativo correspondeu ao período entre julho e setembro de 2025. A norma prevê o congelamento dos dados em até 60 dias após o fechamento de cada trimestre. Sendo assim, duas divulgações trimestrais já foram realizadas, conforme <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/lista-excelencia-e-reducao-das-reclamacoes-das-operadoras>. Dessa forma, a publicidade positiva de um ranking das operadoras menos reclamadas, acompanhada de incentivo pelo seu desempenho, representa estratégia aderente às melhores práticas regulatórias e concorrenciais.

Deve ser esclarecido que há duas metas (não cumulativas) formalmente estabelecidas. A Meta de Excelência do Índice Geral de Reclamações – IGR trimestral e a Meta de Redução do IGR trimestral.

A Meta de Excelência tem por objetivo convergir que a operadora tenha baixos índices de reclamação dentro de um padrão qualificado de desempenho no trimestre analisado. Como o próprio nome diz a ideia é categorizar os excelentes em IGR. Hoje essa meta está estipulada no Anexo como 1,2 da Meta do IDSS. Isso significa em termos objetivos que as operadoras médico-hospitalares para serem enquadradas em Meta de Excelência naquele período deve ter o IGR igual ou menor de 2,4, enquanto as exclusivamente odontológicas o marco é 0,6 (igual ou menor).

Já a Meta de Redução possui a estratégia de incentivar aquelas operadoras que, embora longe da Meta de Excelência, apresentaram melhoria de desempenho comparado a trimestres anteriores. Aqui, diferentemente da Meta de Excelência que representa referência linear objetiva de comportamento desejável para aquela classificação, o objetivo da Meta de Redução é de melhoria de desempenho da operadora de forma individualizada, ou seja, tendo referência seu próprio status anterior de IGR trimestral. Para essa meta se exige que a divulgação considere mais trimestres (comparativo da operadora com ela mesma), razão pela qual somente poderá ser divulgado o primeiro resultado em 2026.

Ainda que se tenha definido exceções de aplicação, bem como hipóteses de incidência, em resumo, as operadoras que atingirem a Meta de Excelência do IGR trimestral poderão requerer o pagamento de forma antecipada a multa, à vista e com desconto no percentual de 80% (oitenta por cento). Já as operadoras que atenderem aos critérios da Meta de Redução do IGR trimestral esse percentual de desconto, uma vez requerido, será de 60% (sessenta por cento). Cumpre frisar que esse abatimento mais atraente nos valores das multas para quem estiver dentro de uma das metas depende de apresentação de requerimento em tempo oportuno e da desistência da defesa.

De igual modo, para além dos descontos diferenciados, as operadoras que atingem as metas poderão se posicionar melhor no que se refere à concorrência, se beneficiando com estratégias de publicidade positiva a partir do ranqueamento produzido pelo Órgão Regulador. Interessante destacar que a lógica adotada quanto à periodicidade trimestral é justamente para não gerar acomodação do ente regulado.

Por outro lado, as operadoras fora de uma das duas metas estarão sujeitas à aplicação da circunstância agravante de 10% na dosimetria da penalidade, nos termos do art. Art. 7º, inciso IV da RN nº 489/2022, alterado pela nova norma:

Art. 7º São circunstâncias que sempre agravam a sanção, quando não se constituem na própria infração:

(...)

IV – não ter atingido a Meta de Excelência do Índice Geral de Reclamações – IGR trimestral ou Meta de Redução do IGR trimestral delineado em ficha técnica específica, prevista no Anexo II da Resolução Normativa nº 623, de 17 de dezembro de 2024, conforme classificação da operadora divulgada no site da ANS correspondente à data do registro da demanda da ANS.

§ 1º Cada circunstância agravante implicará o acréscimo de 10% (dez por cento) do valor da multa, exceto a descrita no inciso III, quando o valor da multa será aplicado em dobro. (Redação dada pela RN nº 623, de 17/12/2024, alterada pela RN nº 638)

§ 2º A circunstância agravante de que trata o inciso IV não se aplica à conduta apurada por meio do rito da representação previsto no art. 25 da Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022.

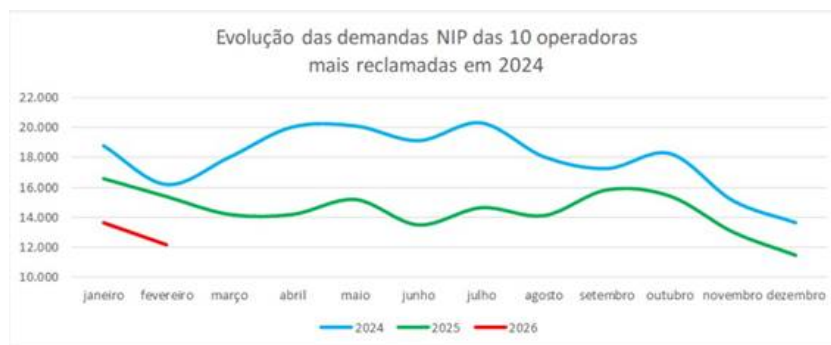
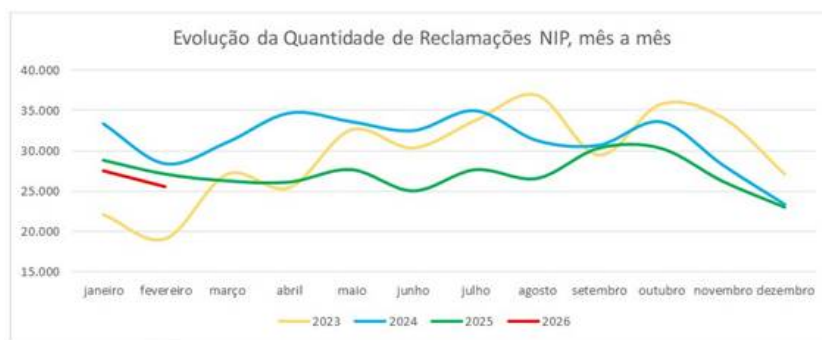
Quanto a esse ponto da circunstância agravante é interessante retomar a passagem do Parecer da Procuradoria Federal junto à ANS que reconheceu a juridicidade da proposta e promoveu uma analogia com o Direito Penal: demandas cadastradas naquele período.

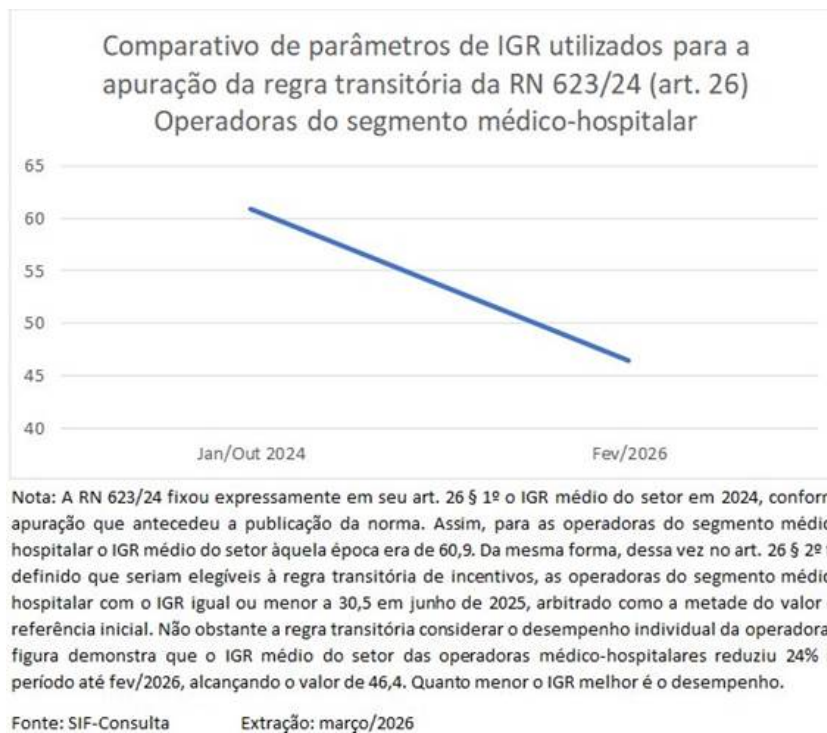
“174. Também no Direito Penal prevê-se que a conduta social deve ser levada em consideração na fixação da pena (art. 59, do Código Penal).

175. Pode-se considerar o desempenho de uma operadora no IGR uma indicação da forma como trata seus consumidores, o que não deixa de guardar relação com o que, em direito penal, se chama de “conduta social” para fins de se estabelecer se o apenado, pela forma como se comporta em sociedade, merece reprimenda maior ou menor.”

O modelo será cíclico devendo a operadora a cada trimestre mostrar o desempenho correspondente para fazer jus ao desconto ou, se não estiver enquadrada na meta, estará sujeição à circunstância agravante, referente àquele período avaliativo.

No fim do ano passado e início do presente ano já podemos ver os primeiros resultados da implementação da RN nº 623/2024. São promissores. Os dados abaixo trazem essa evidência, os quais demandam acompanhamento contínuo:





Dando continuidade, como desdobramento da Consulta pública de nº 147 foram aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, em sua 15ª Reunião Extraordinária de 19 de dezembro de 2026 (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-aprova-novo-modelo-de-fiscalizacao-da-saude-suplementar>) um pacote de mudanças relevantes que culminaram na edição de 4 (quatro) normativos, que estão previstos para entrada em vigor em 1º de maio de 2026 e vêm na sequência lógica da RN nº 623/2024:

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 656, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2025

Altera o art. 10 da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Ndc3OA==>

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 657, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2025

Altera a Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022, que dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Ndc3OQ==>

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 658, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2025

Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de ações de fiscalização planejada. <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Ndc4MA==>

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 659, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2025

Altera a Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Ndc4MQ==>

Em tópicos, seguem as principais mudanças dessas novas normas:

- a) Classificações individualizadas de demandas NIP por meio de amostras mensais, de acordo com a capacidade operacional da Diretoria de Fiscalização, tornando as análises mais próximas das datas do fato;
- b) Repaginação das ações planejadas, com sistematização de três modalidades em graus diferentes de complexidade e constrangimento (Ação Planejada Preventiva de Fiscalização - APP; Ação Planejada Focal de Fiscalização - APF; Ação Planejada de Fiscalização Planejada - APE. Ainda foi proposta uma outra ação, em apartado, se necessária, denominada Ação Coercitiva Incidental - ACI com possibilidade de aplicação de multa diária. Em qualquer das modalidades o ente regulado deve melhorar o desempenho em faixas de IGR;
- c) Criação de novos tipos infrativos para condutas não tratadas ou tratadas em tipos mais genéricos: atuação de administradora como representante, mandatária ou prestadora de serviço de operadora; legitimidade da pessoa jurídica contratante em plano coletivo; celebração ou manutenção de contrato com empresário individual em situação irregular; postergação de vigência; cobrança indevida, sobrepreço; instituição e manutenção de Ouvidoria; declarações

apresentadas para fins de classificação antecipada da demanda em fase pré-processual; engajamento insuficiente; descumprimento de determinação na modalidade de Ação de Fiscalização Planejada Estruturada; e descumprimento de determinação em Ação Coercitiva Incidental;

d) Ajuste na redação de tipos infrativos como o que trata do impedimento de participação em plano de saúde, com previsão de circunstância qualificadora (multa em dobro) quando esse impedimento decorrer de fator pessoal, etário, ou de condição de saúde;

e) Atualização dos valores das multas para adequá-las à sua função pedagógica - Quase a totalidade das multas-base serão ajustadas em 170% em cronograma que se inicia em 2026 e termina em 2028 (50% em 2026, 75% em 2027 e 100% em 2028); e

f) Modernização do critério que compatibiliza o porte econômico do infrator na dosimetria da penalidade, passando a ser adotado as classificações consideradas pelas RN nº 475/2021 (regras prudenciais lideradas pela DIOPE). O critério atual considera critério estático baseado exclusivamente no número de beneficiários.

Vale ressaltar que não foram feitas alterações na ferramenta eletrônica de resolução de conflito liderada pela ANS entre beneficiário de plano de saúde e operadoras em fase pré-processual, com taxa histórica de intermediação resolvida próxima a 80%.

Em resumo, o novo modelo fiscalizatório da ANS manteve seu formato de comando e controle, mas acrescentou ferramentas da chamada fiscalização responsiva, que tem seus alicerces na realização de planejamento fiscalizatório a partir de informações colhidas do mercado regulado, para que seja feita a identificação das práticas infrativas reiteradas que estão causando problema à eficiência do mercado. O modelo responsivo tem por escopo identificar e solucionar a causa do problema regulatório, e não simplesmente combater seus efeitos através da simples aplicação de sanções administrativas.

VIII – DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES

Esclarece-se que no âmbito dos contratos individuais/familiares regulamentados, a ANS estabelece o limite máximo de reajuste anual aplicável no aniversário dos contratos no período de maio de cada ano até abril do ano seguinte. A atual metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais/familiares está normatizada através da RN 441/2018, tendo começado a vigorar já em 2019. A apuração do índice de reajuste é obtida a partir da ponderação entre a variação dos custos assistenciais dos planos individuais/familiares com a inflação oficial medida pelo IPCA. O desenvolvimento desta metodologia é resultado de estudos da área técnica da ANS, recebendo ainda contribuições da sociedade através de Consultas e Audiências Públicas, bem como Câmaras Técnicas setoriais. Ademais, a metodologia vem sendo reiteradamente validada externamente, inclusive pela Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda que anualmente acompanha o cálculo do índice.

Em 2025, a RN nº 441/2018 foi submetida a uma Avaliação de Resultado Regulatório, que concluiu por uma avaliação positiva da metodologia de cálculo do reajuste, a qual assegurou as condições de oferta de planos neste segmento, garantindo maior transparência, modicidade e previsibilidade tanto para consumidores como operadoras. Esta ARR foi aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS em sua 631ª Reunião Ordinária, em 05/12/2025.

A ANS disponibiliza no endereço abaixo informações sobre o cálculo anual do índice de reajuste, com explicações detalhadas de cada um de seus elementos da fórmula, assim como todos os documentos técnicos utilizados no cálculo:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares-1/metodologia-de-calculo>

IX – DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS COLETIVOS

Para os reajustes por variação de custos dos contratos coletivos, nos termos da regulamentação em vigor, nos contratos de planos coletivos de assistência suplementar à saúde, não se exige a autorização da ANS para aplicar-lhes os índices de reajuste da contraprestação pecuniária.

As regras de reajuste para os planos coletivos estão atualmente definidas na Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022. Os parâmetros para o reajuste, nos planos coletivos, são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes celebrantes. O critério de cálculo, bem como o percentual apurado pela operadora, podem ser negociados entre esta e a pessoa jurídica contratante. A justificativa do percentual de reajuste proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante, sejam os aumentos decorrentes de sinistralidade ou qualquer outra metodologia de apuração acordada entre as partes e firmada em contrato.

Cabe ressaltar que, de acordo com a regulamentação, as operadoras de planos de saúde devem reunir em um grupo único os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual anual de reajuste. Essa medida tem como objetivo diluir o risco desses contratos, para aplicação do reajuste ao consumidor.

Ressalta-se que a ANS realiza seu mister regulatório, nos planos coletivos, através do monitoramento da evolução de seus preços (inciso XXI, do art. 4º, da Lei nº 9.961/2000). Neste contexto, as operadoras devem comunicar-lhe os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste, de acordo com as regras dispostas nos normativos já citados.

Outra importante medida de política regulatória dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e da obrigatoriedade na disponibilização pelas operadoras do conteúdo mínimo de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil. Tais regras estão atualmente estabelecidas na Resolução Normativa ANS nº 509, de 30 de março de 2022.

Assim, dentre as informações obrigatórias, as operadoras devem disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo

sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.”

b) Regramento de reajustes: obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos com menos de 30 vínculos para fins de cálculo e aplicação de reajuste (RN 565/2022)

Desde a edição da RN nº 309/2012 (sucetida pela RN nº 565/2022), a ANS estabeleceu um regramento próprio para o reajuste aplicado aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários. De acordo com este normativo, os reajustes anuais dos planos coletivos de todos os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários de uma determinada operadora deve ser calculados através do agrupamento desses contratos (Pool de Risco), resultando assim em um único percentual a ser aplicado. A ANS pretendeu com esta medida introduzir um maior mutualismo para o cálculo do reajuste e a redução do risco de cada contrato, que ficaria melhor distribuído e diluído dentro de um grupo maior.

c) Monitoramento: obrigatoriedade do envio do comunicado de reajuste dos planos coletivos (RN 565/2022)

As operadoras que comercializam planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecida, independentemente da data da celebração do contrato, devem comunicar à ANS os reajustes aplicados, tanto os positivos como os negativos.

Cabe destacar que eventual descumprimento dessa obrigatoriedade, torna a Operadora passível de procedimento de Representação (art. 25 da RN nº 483/2022) para apuração de indícios de infração às disposições infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar.

Segue abaixo a quantidade de representações por não envio de comunicados de reajustes em contratos coletivos nos dois últimos ciclos de monitoramento.

Ciclo de monitoramento	Quantidade de Operadoras representadas (após notificação inicial) por não envio de comunicados de reajustes em contratos coletivos	Processo administrativo principal
2015 a 2018	323	33910.028740/2019-15
2019 a 2022	309	33910.014373/2023-59

d) Monitoramento: obrigatoriedade de ampla divulgação dos reajustes em contratos agrupados (RN 565/2022)

As operadoras ficam obrigadas ainda a divulgar o percentual de reajuste em seu endereço eletrônico na internet, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, devendo também identificar os contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos. Também deve ser observada a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, bem como o envio do comunicado de reajuste pelo sistema RPC.

A ANS disponibiliza o resultado desse monitoramento em sua página eletrônica no endereço: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>

e) Monitoramento: Visitas Técnicas de Monitoramento Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (IN ANS Nº 4)

A visita técnica de monitoramento econômico-financeiro e atuarial dos produtos consiste em medida administrativa realizada nas instalações da operadora de planos de assistência à saúde e tem como objetivo monitorar e averiguar a confiabilidade das informações enviadas à ANS relacionadas à formação de preço dos produtos de assistência à saúde e dados de variação de custos nos planos individuais/familiares e coletivos, à evolução dos preços de produtos ou planos de assistência à saúde, prestadores de serviços e insumos, aos dados econômico-financeiros e assistenciais dos produtos oferecidos e mantidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde e aos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde.

Até a presente data, já foram realizadas as seguintes Visitas Técnicas:

Sequencial	Operadora	Processo administrativo	Status
1	Santa Helena Assistência Médica S/A (Reg. ANS: 35509-7)	33910.029960/2021-81	em fase de conclusão
2	Amil Assistência Médica Internacional (Reg. ANS: 32630-5)	33910.033232/2021-73	em andamento
3	Bradesco Saúde S.A(Reg. ANS:00571 -1)	33910.001759/2022-10	em andamento
4	Unimed do Estado de São Paulo (Reg. ANS: 31999-6)	33910.008331/2022-06	concluída
5	Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico (Reg. ANS:38287-6)	33910.025720/2022-98	em andamento

6	Unimed Grande Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico (Reg. ANS: 36044-9)	33910.040274/2022-41	em andamento
7	Unimed São José do Rio Preto - Cooperativa de Trabalho Médico (Reg. ANS:33510-0)	33910.010485/2023-31	em andamento

Destaca-se que a Visita Técnica é processo de trabalho bastante complexo e intensivo em análises e coletas de informações e que também visa a obtenção de subsídios para o aperfeiçoamento regulatório.

Parte dessas informações foi utilizada no "Projeto de reformulação da Política de Preços e Reajustes dos planos de saúde privados" apreciado pela Diretoria Colegiada da ANS na 621ª Reunião de Diretoria Colegiada da ANS, realizada em 28 de abril de 2025.

a) Transparência: Base de comunicados de reajustes em planos coletivos no Portal de Dados Abertos

Desde julho de 2019, a ANS disponibiliza em seu Portal de Dados Abertos, dados de comunicados de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos com modalidade de financiamento pré-estabelecido por contrato e plano de cada operadora. A publicação possibilita a consulta dos reajustes aplicados por operadoras e produtos e está disponível em <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/reajuste-de-planos-coletivos>

b) Transparência: Painel de Reajustes de Planos Coletivos

Desde julho de 2021, dando continuidade ao aprimoramento do processo de análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, a ANS disponibilizou um Painel de Reajustes de Planos Coletivos em seu portal eletrônico (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZDQ5MTczOTgtM2M1NS00OTA0LWJhYTctNzQ5MzBlOTU2ZWQyYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNmYmU1ZiJ9>).

Trata-se de um painel dinâmico com dados sobre reajustes aplicados aos contratos coletivos de assistência médica empresariais e por adesão e que representa mais uma importante iniciativa da ANS para ampliar a transparência de dados do setor de planos de saúde, facilitando o acesso à sociedade e promovendo mais concorrência no mercado.

c) Transparência: obrigatoriedade de justificar reajustes aplicados ao contratante

Os percentuais de reajustes aplicados em contratos coletivos necessitam ser justificados. Conforme previsto na Resolução Normativa ANS nº 509, de 2022, as operadoras devem disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo um extrato pormenorizado em formato eletrônico contendo o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo pelo menos 30 (trinta) dias antes da aplicação do reajuste. Após a aplicação do reajuste, esse extrato poderá ser solicitado pelo beneficiário a sua operadora ou administradora de benefícios terá prazo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

XII – DAS REUNIÕES, AGENDAS E ATAS RELATIVAS A NORMAS SOBRE REAJUSTES

Cumprir esclarecer que o desenvolvimento do processo regulatório voltado à análise da Política de Preço e Reajuste iniciou-se no ano de 2015 com a criação de grupo técnico e com a elaboração da Nota Técnica nº 2011/2017/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO, apresentada à sociedade em Câmara Técnica.

Essa nota, construída a partir de estudos aprofundados sobre a dinâmica do setor de saúde suplementar, orientou o planejamento estratégico da área técnica da ANS para os anos seguintes, estruturando uma agenda regulatória voltada à modernização, transparência e equilíbrio do setor, trazendo recomendações técnicas quanto às ações a serem implementadas no âmbito da Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde da ANS.

A partir das ameaças identificadas, àquela época definiu-se que as medidas regulatórias necessárias estariam estruturadas em quatro temas que compõem a Política de Preços e Reajustes do Planos de Saúde:

- (1) Política de Reajuste dos Produtos Individuais Médico Hospitalares (MH);
- (2) Formação de Preços dos Produtos MH - Precificação;
- (3) Política de Reajuste dos Produtos Coletivos; e
- (4) Revisão Técnica de Preços dos Produtos Individuais MH.

Para tanto, destacou-se na ocasião que a implementação destes quatro temas necessitava “de abordagem simultânea, a fim de não disseminar desequilíbrios no setor”. Buscava-se uma implementação contínua dessas ações, iniciando-se pela Política de Reajuste dos Produtos Individuais Médico Hospitalares (MH).

Em prosseguimento, foram realizadas reuniões setoriais com o propósito de divulgar os achados e promover discussões com ampla participação social. Durante essas audiências, foram apresentados os problemas identificados e as possíveis medidas regulatórias e foi aberto espaço para a contribuição do setor. As atas e documentos referentes a essas reuniões estão disponíveis em <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes-1/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos-1/atas-e-documentos-das-reunioes-do-comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>.

Entretanto, embora houvesse uma justificável necessidade de implementação simultânea e contínua das ações, isso não ocorreu na prática, tendo em vista a escassez de recursos humanos e a pandemia do Covid-19 que concentrou os esforços da equipe de 2020 a 2022. Apenas o item 1 (Política de Reajuste dos Produtos Individuais MH) foi efetivamente implementado, materializando-se com a publicação da Resolução Normativa RN Nº 441, em 19 de dezembro de 2018.

O item 2 (Precificação/NTRP) está em processo de conclusão com a implementação do novo Sistema de Informações de Beneficiários - SIB.

Apesar do lapso temporal decorrido, no que diz respeito aos estudos para o aprimoramento da política de reajuste dos contratos coletivos, paralelamente, esta Agência realizou ações de monitoramento com o objetivo de fornecer dados que subsidiassem os estudos, incluindo:

- Representação por omissão de envio de comunicados de reajuste
- Alertas de inconsistências identificadas em comunicados de reajuste para retificação
- Revisão aprofundada dos reajustes aplicados por operadoras selecionadas
- Pesquisa de Agrupamento de Contratos
- Visitas Técnicas de Monitoramento Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos

Em continuidade, as discussões técnicas acerca do Reajuste dos Planos Coletivos evoluíram, materializando-se em estudos que ensejaram a Avaliação de Resultado Regulatório - ARR. A Avaliação de Resultado Regulatório se debruçou sobre os efeitos no mercado suplementar resultantes do arcabouço regulatório referente a cláusulas contratuais de reajuste, reajuste por agrupamento de contratos e cláusulas contratuais de rescisão. Nela, buscou-se avaliar a adequação e suficiência das seguintes Resoluções Normativas da ANS:

- RN nº 509/2022: Divulgação das informações de reajuste aos contratantes e aos beneficiários;
- RN nº 557/2022 (substituiu a RN nº 195/2009 e RN nº 432/2017): Regras de aplicação dos reajustes e regras de rescisão contratual; e
- RN nº 565/2022 (substituiu a RN nº 171/2008, RN nº 172/2008 e RN nº 309/2012): Parâmetros para cláusulas de reajuste e comunicação dos reajustes à ANS.

Para ampliar o debate e garantir transparência, a ANS promoveu eventos de participação social. Em outubro de 2024, foram realizadas a [Audiência Pública nº 48](#) e a [Tomada Pública de Subsídios \(TPS\) nº 04/2024](#), que coletaram críticas e sugestões da sociedade para aprimorar as regras da Política de Preços e Reajustes dos Planos Privados de Assistência à Saúde.

Ato contínuo, procedeu-se a elaboração do Relatório de Análise de Impacto Regulatório – AIR do reajuste e rescisão contratual em planos coletivos, delimitando o problema regulatório e apontando alternativas de solução para eles. Ressalta-se que o Reajuste em Planos Coletivos é apenas um dos temas alcançados pelo projeto de reformulação da Política de Preços e Reajustes dos planos privados de assistência à saúde. Os outros temas estudados incluem a Precificação, mais especificamente os Mecanismos Financeiros de Regulação; a Revisão Técnica de Preço dos Planos Individuais e a obrigatoriedade de venda *on-line* de planos de saúde.

No que tange aos contratos de planos coletivos, os principais problemas identificados, detalhados nos relatórios de Avaliação de Resultado Regulatório – ARR e Análise de Impacto Regulatório – AIR, incluem:

- Cláusulas de reajuste complexas, pouco transparentes e sem justificativa técnica adequada;
- Uso combinado de fatores de reajuste, resultando em índices elevados, e pouco claros;
- Baixo mutualismo nos contratos com pequeno número de vidas;
- Prática de seleção de risco em rescisões imotivadas por parte das operadoras; e
- Alto índice de reclamações administrativas e judiciais relacionadas aos reajustes.

Diante disso, para resolver o problema regulatório presente nos contratos coletivos, a ANS propôs as seguintes medidas regulatórias:

- Ampliação do tamanho do agrupamento de contratos coletivos, aumentando o mutualismo;
- Criação de regras para rescisão unilateral pela operadora, similares às aplicadas a contratos de empresários individuais, a fim de mitigar a seleção de risco;
- Determinação de parâmetros obrigatórios para definição das cláusulas de reajuste;
- Proibição expressa da acumulação de índices de reajuste, já vedada pela Instrução Normativa/DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, cujos dispositivos referentes ao tema foram consolidados, em razão do Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, na Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022 e na Instrução Normativa ANS nº 28, de 16 de dezembro de 2022.

Dando continuidade ao tema, a [Audiência Pública nº 50](#), realizada em janeiro de 2025, aprofundou a discussão e recebeu novas contribuições da sociedade. Após essa audiência, a ANS abriu a [Consulta Pública nº 145](#), para receber contribuições da sociedade, baseada nos documentos de apoio, publicados no site da Agência.

Todavia, em maio de 2025, esta Agência tomou ciência da decisão judicial proferida pela 17ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Distrito Federal (processo nº 1008064-25.2025.4.01.3400), que suspendeu a Consulta Pública nº 145, merecendo destaque o seguinte trecho.

*"Ante o exposto, presentes os requisitos de exequibilidade da decisão, na forma do Decreto nº 2.839/1998, sobretudo os seus arts. 2º, 4º, 8º e 11, da Portaria AGU nº 1.547/2008, da Portaria MPOG 17/2001, das Portarias PGF nº 603/2010, 773/2011 e 993/2014 e da Portaria Conjunta CGU/PGU/PGF nº 1/2016, que regra a utilização do SAPIENS, exaro o presente **PARECER DE FORÇA EXECUTÓRIA e manifesto-me no sentido d***

ser dado cumprimento ao comando judicial supra referido, a fim de que:

a) seja providenciada a suspensão da Consulta Pública n.º 145 da ANS até que seja realizada Análise de Impacto Regulatório – AIR conjunto quanto às propostas veiculadas e disponibilizada, de forma unificada, a integralidade da documentação técnica pertinente, com subsequente reabertura do prazo para manifestações dos interessados por, no mínimo, 90 (noventa) dias;

b) a autoridade impetrada se abstenha de praticar quaisquer atos voltados à adoção das modificações regulatórias objeto da consulta pública referenciada até que encerrado o novo iter determinado." (grifo no original)

Como consequência, foi elaborado um novo Relatório de Análise de Impacto Regulatório, através da Nota Técnica nº 9/2025/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO, abrangendo de forma unificada todos os temas abordados no citado projeto de reformulação. Ademais, foi aberta nova fase de participação social, por meio da [Consulta Pública nº 159](#), com vistas a ampliar o debate público em torno da efetiva implementação da Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde.

A Consulta Pública nº 159 esteve aberta até 19/10/2025 e se encontra em fase de análise das contribuições e elaboração de Relatório para apreciação pela Diretoria Colegiada da ANS, quando novas medidas poderão ser adotadas ou deliberadas.

XIII – SOBRE O RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS ACERCA DO POSSÍVEL EXERCÍCIO ILEGAL DA MEDICINA POR PARTE DE OPERADORAS TERCEIROS CONTRATADOS (AUDITORIAS MÉDICAS)

Importante se faz o esclarecimento de que **não compete à ANS regulamentar a atividade, o exercício e a conduta ética profissional**, bem como analisar a legalidade das Resoluções regulamentadoras das profissões ou ocupações da área de saúde, de responsabilidade dos Conselhos Profissionais constituídos para tal fim.

Dito isso, no que diz respeito aos aspectos relacionados à relação contratual entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, informamos que a atuação da ANS se limita à verificação do cumprimento das disposições da Resolução Normativa nº 503/2022, que disciplina a formalização dos contratos firmados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

Nos termos da Lei nº 13.003/2014, regulamentada pela Resolução Normativa nº 503/2022, é **obrigatória a formalização de contratos escritos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde integrantes de suas respectivas redes assistenciais**. Tais normativos estabelecem as cláusulas mínimas obrigatórias a serem observadas nesses instrumentos contratuais, que devem conter cláusulas claras que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluindo disposições acerca dos valores dos serviços contratados, critérios e periodicidade de reajustes, prazos e procedimentos para faturamento e pagamento, entre outros aspectos.

Assim, a legislação que rege o setor, combinada com a Lei que instituiu e definiu as competências da ANS, prevê que, no tocante à relação contratual entre operadoras e prestadores, a atuação desta Agência se limite à verificação da existência e da regularidade dos contratos escritos, observando-se o cumprimento das cláusulas obrigatórias e a ausência de disposições vedadas. **A prestação de serviços sem contrato formalizado, com ausência de cláusulas obrigatórias ou contendo disposições contrárias à legislação e sua regulamentação, constituem infração à legislação de saúde suplementar vigente.**

Esclarecemos, com isso, que a ANS, por meio de sua Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), fiscaliza a regularidade da contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de saúde em situações específicas sinalizadas em demandas individualizadas, sendo aplicadas penalidades em caso de desconformidades, mediante instauração de processo administrativo para a apuração de infração aos dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar. A avaliação da regularidade da formalização contratual realiza-se mediante denúncia específica e individualizada, sendo verificado o contrato e a regularidade das cláusulas contratuais em cada caso concreto submetido à análise, observando-se as normas descritas na RN nº 483/2022, que estabelece os procedimentos adotados pela ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

No que tange à **definição de valores, faturamento de serviços e glosa**, cumpre observar que a remuneração dos procedimentos de saúde, no âmbito do relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de atenção à saúde, deve ser objeto de livre acordo entre as partes, expresso em contrato escrito, nos termos da legislação aplicável, sem possibilidade de ingerência da ANS nessa definição, que deve ser ditada pelas particularidades dos envolvidos, no necessário equilíbrio de forças entre o compartilhamento de riscos e benefícios. Tem-se, assim, que o escopo normativo da ANS, referente à contratualização, não engloba o poder legal de compelir operadora ou prestador ao cumprimento das obrigações estabelecidas no contrato, porém, no instrumento de acordo deve haver previsão de penalidades para as partes, estabelecidas em relação ao descumprimento de cláusulas contratuais.

A respeito da formação de valores para a prestação de serviços, vale notar que a regulamentação infralegal não preconiza a adoção de modelo específico ou sua prevalência na saúde suplementar, mas exige, outrossim, a clara definição dos valores dos serviços e dos critérios para pagamento e reajuste. A ANS não analisa o mérito das negociações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sendo a definição de valores livremente pactuada entre as partes, inspirada na autonomia privada e na liberdade contratual, sem afastar a função social do contrato. É certo que a autonomia contratual pode se mostrar limitada em situações de desequilíbrio material entre as partes, todavia, tal desigualdade não constitui, por si só, elemento suficiente para caracterizar infração à legislação de saúde suplementar, devendo ser analisadas as particularidades de cada caso concreto.

Destaca-se, também, que quaisquer definições de regras devem ser estabelecidas nas cláusulas pactuadas, devendo ser respeitados os Códigos de Ética das profissões ou ocupações da área da saúde, e suas resoluções regulamentadoras, sendo vedadas qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética profissional ou que caracterize conflito com as disposições legais.

- Da Expressão Auditoria – Ausência de Afronta ao CFM – Necessidade de Compreender as Competências de Cada Ente

Sem embargo, faz-se importante compreender a dinâmica do uso de serviços em saúde, justamente para que se possa entender adequadamente o papel da auditoria das prescrições feitas pelos profissionais de saúde e como o mecanismo da Junta Médica funciona.

É possível, portanto, que haja diferença de perspectiva entre o CFM ou outro Conselho Profissional e a ANS a respeito do que pode denotar a expressão auditoria. A rigor, não se trata de divergência a respeito do assunto, mas distinção da forma como o tema é tratado em uma e outra esfera.

Para efeito da regulação da saúde suplementar, a expressão auditoria, que pode ressoar do mecanismo da Junta Médica, significa não mais que o processo de verificação da conformidade da prescrição de um profissional de saúde ao que consta no Rol de cobertura obrigatória definido pela ANS e no contrato celebrado entre a operadora de plano de saúde e seu beneficiário. Ou seja, a auditoria feita a respeito de uma prescrição para certificar a obrigatoriedade da cobertura pelo plano de saúde.

De outro lado, assume-se que, do ponto de vista do CFM, por exemplo, a auditoria médica pode expressar outra conotação, visando a verificação da conformidade ética de determinada prescrição médica ao Estado da Arte da Medicina, ao conjunto de evidências científicas disponível em dado momento. A esse respeito, não se discute que cabe ao CFM definir as regras que devem nortear a atuação do médico, e a ANS, sempre que possível, faz questão de estabelecer tal deferência nas normas regulatórias (aqui seria interessante a DIDES confirmar todas as normas da ANS que fazem referência ao CFM, acho que a do qualiss faz, e outras tb).

Logo, não é correto o entendimento de que a ANS pretende divergir do CFM em relação ao que o CFM pretende regulamentar o que seja a especialidade de auditoria médica. É louvável a iniciativa do CFM de regulamentar a forma com a qual fará a supervisão ética e profissional do exercício da medicina, justamente para garantir um padrão desejável de comportamento médico por ocasião da prescrição das técnicas e terapias disponíveis em dado momento aos consumidores brasileiros.

No entanto, não se deve confundir tal competência com a atribuição da ANS para bem regular o complexo setor de saúde suplementar, de forma a garantir o equilíbrio entre os atores econômicos, inclusive os prestadores de serviço, e, com isso, salvaguardar o interesse público na regulação.

A propósito, note-se que o art. 4º, III, confere a atribuição de atualizar o rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde, norma estruturante do setor porque, para além de condicionar a atuação de todos os agentes econômicos, revela-se fonte das ações regulatórias adotadas pela ANS.

Veja-se, por exemplo, que a infração de negativa de cobertura e subsequente aplicação da penalidade resulta justamente a verificação no caso concreto de que o comportamento de determinada operadora consistente em negar uma demanda do consumidor, devidamente prescrita por seu médico assistente, cuja cobertura restava expressamente incluída no rol de cobertura definido pela ANS.

Neste sentido, nos termos da regulação da ANS, a expressão auditoria tem a ver com o processo de verificação da conformidade de determinada prescrição médica com o rol de cobertura definido pela ANS, não alcançando a verificação da indicação com os padrões éticos da medicina, se está ou não alicerçada naquilo que de mais atual consta no estado da técnica da medicina, cuja competência, por certo, é do CFM.

XIV – DA UTILIZAÇÃO DE JUNTA MÉDICA DESEMPATADORA E DOS PRAZOS NORMATIVOS PARA GARANTIA DE ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

Importante reforçar que compete à ANS, entre outros, nos termos do art. 4º, inciso III, da Lei nº 9.961/2000, elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - Rol, em vigor desde 01/04/2021, por meio da Resolução Normativa - RN nº 465/2021, que constitui a cobertura obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde comercializados a partir de 02/01/1999, bem como para aqueles adaptados, conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656/1998.

Assim, esclarecemos que, nos moldes do que prevê a legislação vigente, **as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a garantir todos os procedimentos previstos no Rol** para atendimento da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A, 10-B, 10-C e 12, da Lei nº 9.656/1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto dentro dos prazos máximos de atendimento previstos na Resolução Normativa (RN) nº 566/2022, observado o cumprimento dos prazos de carência e/ou cobertura parcial temporária, conforme o caso.

Importante destacar que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é, desde sua criação, periodicamente atualizado, ampliando regularmente o arsenal de intervenções em saúde que comporá a cobertura assistencial obrigatória no âmbito da saúde suplementar, tendo em vista que novas tecnologias em saúde são continuamente incorporadas à prática assistencial.

Assim, cuida informar que, atualmente, as regras para incorporação e desincorporação de tecnologias em saúde, alteração de nome de procedimento e a definição de diretrizes para sua utilização estão previstas na Resolução Normativa nº 555/2022, em vigor desde 2/1/2023, que dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol.

Sendo assim, as propostas de atualização do Rol podem ser apresentadas a qualquer tempo, por qualquer pessoa física ou jurídica, por meio da plataforma FormRol Web, acessível por meio do sítio da ANS na internet (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos>).

Ressalta-se que, **em caso de divergência técnico-assistencial quanto à indicação de procedimento e/ou materiais pelo médico assistente, previstos no Rol ou no contrato, a operadora deverá constituir junta médica/odontológica**, com vistas a solucionar a referida divergência, nos termos previstos na RN nº 424/2017, desde que o contrato tenha previsão de mecanismo de regulação de autorização prévia e, ainda, observando os prazos máximos para garantia de atendimento previstos na RN nº 566/2022.

Neste contexto, é relevante compreender que o setor de saúde suplementar é marcadamente caracterizado pelo desalinhamento de interesses e pela fragmentação, em especial no que diz respeito à relação entre operadoras de plano de saúde e médicos e profissionais de saúde de forma geral. Regra geral, não há coordenação entre os profissionais que prestam serviço de saúde aos consumidores de plano de saúde e as operadoras de plano de saúde, que, em última análise devem efetuar o pagamento dos serviços prestados.

Demais disso, vale relembrar que a ANS não tem competência para regular a atuação dos profissionais de saúde, porquanto inexistente previsão legal neste sentido. Disso resulta maior complexidade para equacionar conflitos que ocorrem na relação entre profissionais de saúde e operadoras de plano de saúde no que tange àquilo que deve ser garantido à assistência do consumidor.

O mecanismo de Junta Médica, outrossim, consubstancia importante fator de precaução na relação entre prestadores de serviço de saúde e operadoras de plano de saúde, vez que permite um olhar neutro sobre determinada prescrição feita pelo profissional assistente, bem como a conformidade com o rol de cobertura definido pela ANS e em contrato.

Não se pode perder de vista que o desalinhamento de interesses acima referido acentua sobremaneira conflitos, potencializa desperdícios e, mais grave, não situa o beneficiário de plano de saúde no eixo central da preocupação de tais atores. Por exemplo, a expansiva judicialização que aflige o setor de plano de saúde pode ter relação justamente com os conflitos que surgem a partir da falta de coordenação do cuidado em saúde.

Além disso, não se deve ignorar a existência das fraudes nos planos de saúde, as quais oneram não apenas as operadoras de planos de saúde, mas principalmente o consumidor, vez que pode comprometer o próprio mutualismo enquanto mecanismo eficiente de financiamento dos planos de saúde (<https://healthbit.com.br/fraudes-em-planos-de-saude-como-prevenir/>).

Importante informar que os incisos VII e XXVIII do art. 4º da RN nº 9.961/1998 conferem à ANS a prerrogativa de editar e avaliar normas relativas à adoção e utilização de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Nesse sentido, a edição da RN nº 424/2017 representa legítimo exercício da função regulatória desta Agência.

Reitera-se que a Resolução nº 8, publicada em 4/11/1998, do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, já previa expressamente a possibilidade de formação de uma junta médica ou odontológica para dirimir controvérsias quanto à cobertura assistencial, nos seguintes termos:

“Art.4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

(...)

V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.”

Portanto, a existência da junta não constitui novidade introduzida pela RN nº 424/2017, mas sim a continuidade e o aprimoramento de uma prática consolidada no ordenamento da saúde suplementar.

Logo, a RN nº 424, de 26 de junho de 2017, foi publicada para regulamentar e atualizar os procedimentos relacionados à constituição e ao funcionamento da junta médica/odontológica. Entre as inovações trazidas, destacam-se a definição de prazos claros para a sua formação, critérios objetivos para a escolha dos profissionais que a compõem, bem como a padronização das etapas para a emissão do parecer técnico. Tais medidas conferem maior transparência, previsibilidade e segurança jurídica ao processo, beneficiando tanto os beneficiários quanto as operadoras.

Ainda no que se refere à adoção de mecanismos de regulação pelas operadoras, informamos que o registro de produtos deve observar o disposto na Resolução CONSU nº 8/1998, bem como na Instrução Normativa - IN ANS nº 28/2022, Anexo I, Tema X, que substituiu a IN DIPRO 23/2009, e está vigente desde 1/2/2023.

Nesse sentido, a mencionada Resolução CONSU nº 8/1998 estabelece que o gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde, por ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional e desde que não caracterize descumprimento da legislação que rege os planos de saúde.

Além do que, a alínea "a" do inciso I do artigo 4º da Resolução CONSU nº 8 dispõe que a operadora deve informar clara e previamente ao beneficiário, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede os mecanismos de regulação adotados.

Ainda, a IN ANS nº 28, anexo I, Tema X, Itens “E” e “F”, prevê que o contrato deve especificar as condições de atendimento do beneficiário junto à rede de prestadores, contemplando as condições de habilitação, as formas de acesso aos serviços dos diversos tipos e aqueles procedimentos que requerem autorização prévia, bem como que, nos procedimentos que exigem autorização prévia, o contrato deve informar a rotina para a sua obtenção e que a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada.

Dessa forma, a JUNTA é uma consequência processual da adoção do mecanismo de regulação AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, também prevista na referida Resolução CONSU nº 8.

Sendo assim, embora a junta médica/odontológica não constitua, em si, um mecanismo de regulação, ela representa uma garantia ao beneficiário, assegurando que a operadora, uma vez aplicada a autorização prévia, não possa negar sumariamente o procedimento em caso de divergência técnico-assistencial quanto à sua indicação. Portanto, é um instrumento de proteção ao paciente por conferir maior segurança técnica, sem suprimir ou retardar indevidamente o acesso aos procedimentos solicitados.

Diante disso, em caso de **divergência técnico-assistencial** quanto a procedimento solicitado, **a operadora deve garantir a realização de junta médica ou odontológica**, com vistas à solução do conflito, desde que haja previsão contratual para o mecanismo de regulação de autorização prévia, observando-se, para a sua validade, o cumprimento das regras estabelecidas na RN nº 424/2017, dentre as quais destacam-se:

- O início do processo de junta deve ocorrer com a notificação simultânea do profissional assistente (médico ou dentista do beneficiário) e do beneficiário, com as informações previstas no art. 10 da RN.
- O documento que comunicar a instauração da junta deverá informar os motivos da divergência técnico-assistencial arguidos pela operadora, como, por exemplo, as razões da discordância com o número de horas semanais indicadas para terapias.
- A operadora deverá indicar quatro profissionais, acompanhada de suas qualificações, conforme previsto no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS, ou currículo profissional, dos quais um será escolhido para ser o profissional desempataador da junta.
- O profissional assistente terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação para manter a indicação clínica ou aceitar os motivos da divergência técnico-assistencial da operadora. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, ele deve escolher um dos profissionais sugeridos pela operadora para formação da junta. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempataador para formar a junta, caberá à operadora indicar imediatamente um profissional dentre os quatro sugeridos.
- A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais, quais sejam, o assistente (médico ou dentista do

beneficiário), o da operadora e o desempatador.

- O profissional desempatador deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina - CFM ou do Conselho Federal de Odontologia – CFO.
- Os profissionais sugeridos pela operadora deverão ser, PREFERENCIALMENTE, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho. Também é facultado às operadoras firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação dos quatro profissionais.
- O profissional desempatador poderá optar pela junta presencial ou à distância.
- O prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento. Os prazos da garantia de atendimento serão suspensos por 3 (três) dias úteis quando o desempatador solicitar exames complementares, bem como na ausência comunicada do beneficiário à junta presencial, nas formas previstas, respectivamente, no § 3º do art. 15 e no parágrafo único do art. 16 da RN. A suspensão dos prazos para a garantia de atendimento poderá ocorrer uma única vez.
- **A indicação constante do parecer conclusivo do desempatador pela não realização do procedimento e/ou utilização de materiais não será caracterizada como negativa de cobertura assistencial indevida, desde que todos os procedimentos estabelecidos na RN sejam cumpridos.**
- Finalizada a junta, a operadora deverá garantir profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta, caso o profissional solicitando não concorde em realizar o procedimento nos moldes definido na junta.

Dessa forma, a ANS, por meio da publicação da referida RN nº 424/2017, estabeleceu critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Reitera-se que tais critérios devem ser integralmente observados para que o parecer conclusivo do desempatador possa ser acatado para fins de cobertura assistencial.

Diante do exposto, **temos que a junta médica ou odontológica, na forma definida na regulamentação de saúde suplementar, é instrumento de proteção do beneficiário que, diante da indicação de determinado procedimento constante no Rol, não poderá ter o pedido indeferido de forma sumária pela operadora.** Portanto, havendo divergência quanto à indicação do procedimento, a operadora deverá submetê-la à apreciação de um médico ou odontólogo desempatador. Nos casos em que não se comprovar que a operadora seguiu o rito previsto na RN nº 424/2017, a junta será considerada inválida, prevalecendo a opinião e prescrição do profissional assistente do beneficiário.

XV – DA QUALIDADE E DO ACESSO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SETOR

- Mapa Assistencial da Saúde Suplementar Ano-base 2024

O Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, publicado pela ANS desde 2012, tem como objetivo apresentar os dados de produção dos serviços prestados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos beneficiários, por ano-base, informados à ANS pelas operadoras do setor. Esse instrumento apresenta a evolução de diversos indicadores de produção assistencial, essenciais para análises, estudos e pesquisas voltadas ao desenvolvimento de políticas de saúde do Brasil.

Sua divulgação é realizada, desde 2020, em formato de painel dinâmico, conferindo maior interatividade e transparência dos dados em consonância com outras iniciativas empreendidas pela ANS.

Em outubro de 2025 foi divulgado o painel Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, contendo os dados consolidados dos anos de 2019 a 2024, foi publicado no portal da ANS em [Dados e Indicadores do Setor > Dados Assistenciais e Publicações Relacionadas > Mapa Assistencial](#).

O painel dinâmico, além de conter indicadores de produção assistencial médico-hospitalar e de produção odontológica do setor, permite consultar a quantidade de procedimentos realizados por beneficiário segundo modalidade de operadora e segundo tipo de contratação do plano, possibilitando uma análise comparativa da produção assistencial do setor suplementar, considerando sua heterogeneidade.

Com a divulgação do Mapa, a ANS reforça seu papel como promotora da qualificação da atenção à saúde no setor suplementar baseada em dados. Esta iniciativa oferece subsídios fundamentais para a tomada de decisão por parte de gestores, reguladores e pesquisadores, ao evidenciar padrões assistenciais, demandas epidemiológicas e características demográficas da população que possui plano de saúde. Em um cenário onde a gestão da informação e a coordenação do cuidado ganham centralidade nas políticas de saúde, o Mapa se consolida como ferramenta estratégica para o planejamento de ações estruturantes e para o aprimoramento do sistema de saúde do país.

De acordo com os dados reportados pelas operadoras à ANS, **em 2024 foram realizados 1,94 bilhão de procedimentos no setor suplementar**, entre consultas, exames, terapias, internações, procedimentos odontológicos e outros atendimentos ambulatoriais. O número representa um aumento de 0,3% em relação ao total de procedimentos realizados em 2023.

A figura a seguir apresenta o número de procedimentos realizados pelas operadoras de planos de saúde no ano de 2024.

- Quantidade de procedimentos realizados na saúde suplementar em 2024 e variação em relação a 2023, por tipo:

Grupo de Procedimento ou Evento	Número de ocorrências (2023)	Número de ocorrências (2024)	Varição (%)
Consultas médicas	275.319.816	284.537.382	3,3%
Outros atendimentos ambulatoriais	196.674.753	202.109.318	2,8%
Exames ambulatoriais	1.175.562.286	1.183.543.656	0,7%
Terapias ambulatoriais	79.942.607	67.744.183	-15,3%
Internações	9.188.091	9.098.082	-1,0%
Procedimentos odontológicos	196.204.642	190.874.005	-2,7%
TOTAL	1.932.872.195	1.937.906.626	0,3%

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar

Os exames ambulatoriais se consolidam como os procedimentos mais realizados no ano, totalizando aproximadamente 1,2 bilhão de eventos em 2024, um aumento de 0,7% em relação a 2023. As consultas médicas, com 284,5,3 milhões representaram um acréscimo de 3,3% em relação a 2023, ficando no segundo lugar dos eventos mais realizados; seguida dos procedimentos odontológicos, com 190,9 milhões, que sofreu uma redução de 2,7% em relação a 2023. Já as internações somaram 9,1 milhões de ocorrências no ano, permanecendo praticamente inalteradas em relação a 2023. As terapias, por sua vez, apresentaram uma queda de 15,3% e outros atendimentos ambulatoriais (como atendimentos com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros) aumentaram 2,8%, frente a 2023.

Importante destacar que entre 2019 e 2024, observou-se um aumento progressivo de beneficiários com planos de saúde, e uma redução na frequência de utilização de serviços por beneficiário em relação a consultas médicas, terapias ambulatoriais, internações e procedimentos odontológicos. Em contrapartida, houve aumento da realização de exames ambulatoriais e atendimentos com outros profissionais de saúde, conforme se observa na figura a seguir.

- Número de procedimentos realizados por beneficiários de 2019 a 2024, por tipo:

Grupo de procedimento ou Evento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Consultas Médicas	6,0	4,3	4,8	5,3	5,4	5,5
Outros atendimentos ambulatoriais	3,7	2,8	3,2	3,6	3,9	3,9
Exames ambulatoriais	19,8	16,3	20,5	22,1	23,2	22,9
Terapias ambulatoriais	1,7	1,2	1,3	1,3	1,6	1,3
Internações	0,193	0,160	0,164	0,183	0,188	0,182
Procedimentos Odontológicos	6,6	5,3	5,6	5,6	5,7	5,2

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar

Obs: Em vermelho estão marcados os conjuntos de procedimentos que sofreram queda em comparação a 2019 e em verde, que sofreram aumento.

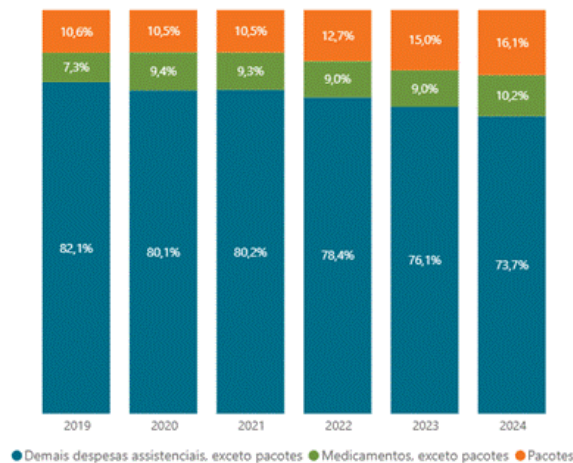
Em 2025, a ANS publicou estatísticas inéditas sobre o uso de medicamentos na saúde suplementar na seção Temática do Mapa Assistencial, apresentando dados sobre a evolução das despesas com medicamentos de 2019 a 2024, abrangendo tanto aqueles administrados em atendimentos prestados aos beneficiários em serviços ambulatoriais e hospitalares quanto os medicamentos fornecidos diretamente pelas operadoras, como os antineoplásicos orais.

Além disso, mudanças demográficas, como o envelhecimento acelerado da população brasileira, têm contribuído para o aumento da prevalência de doenças crônicas, exigindo maior atenção e recursos para o cuidado contínuo e medicamentoso. Esse cenário reforça a importância de compreender a evolução das despesas com medicamentos, que representam uma parcela em crescimento dos gastos assistenciais na saúde suplementar. Segundo projeções do IBGE, em 2030 a população idosa (com 60 anos ou mais) representará cerca de 18% da população brasileira, chegando a cerca de 37,8% em 2070. A esperança de vida ao nascer subiu de 71,1 anos em 2000 para 76,4 anos em 2023, e deve chegar aos 83,9 anos em 2070.

O estudo buscou dar um enfoque aos medicamentos utilizados em terapias oncológicas, considerando o aumento da prevalência do câncer na população brasileira. Em 2024, os medicamentos representaram 78,6% das novas incorporações ao Rol da ANS, sendo 70,5% antineoplásicos orais.

Os principais achados indicam que as despesas com medicamentos corresponderam 10,2% do total das despesas médico-hospitalares em 2024, um aumento de 40% em relação à proporção registrada em 2019. O crescimento reflete a transformação da indústria farmacêutica, impulsionada por avanços tecnológicos como biotecnologia, que ampliam as opções terapêuticas e elevam a complexidade dos tratamentos.

- Composição da despesa assistencial médico-hospitalar* do setor, por ano:



Fonte: [Mapa Assistencial da Saúde Suplementar ano-base 2024](#)

Importante lembrar que nos últimos anos, foi observada a predominância de medicamentos entre as tecnologias analisadas para incorporação ao Rol de Procedimentos da ANS. Em 2024, dos 14 itens incorporados, 11 foram medicamentos, representando 78,6% do total; em 2023, esse percentual foi de 73,3%, com 11 medicamentos entre 15 tecnologias aprovadas; e, em 2022, 88,0% das incorporações foram medicamentos, totalizando 22 entre as 25 inclusões. Desses medicamentos incorporados, 70,5% foram antineoplásicos orais.

Os dados do estudo publicado no Mapa buscam oferecer subsídios para o aprimoramento da regulação, da gestão assistencial e da sustentabilidade econômica do setor, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias que promovam o uso racional de medicamentos, a eficiência dos gastos e a qualidade da atenção à saúde.

O Mapa Assistencial da Saúde Suplementar representa uma iniciativa estruturante da ANS ao organizar, integrar e qualificar informações estratégicas sobre a oferta e a utilização dos serviços de saúde no país. Ao transformar dados complexos em evidências acessíveis e comparáveis, o Mapa fortalece a transparência, subsidia o planejamento regulatório e apoia a formulação de políticas públicas eficazes. Trata-se, portanto, de uma ação concreta e relevante que reafirma o compromisso da Agência com uma regulação orientada por dados, voltada ao interesse público e ao aperfeiçoamento contínuo da saúde suplementar e do sistema de saúde brasileiro.

XVI – DOS SUPOSTOS CONFLITOS DE INTERESSE E DA QUARENTENA DE DIRETORES

Temos que o tema " *quarentena aplicável a diretores e ex-dirigentes da ANS*", envolve o artigo 8º da Lei 9.986, de 18 de julho de 2000, com redação dada pela Lei 13.848, de 25 de junho de 2019, que traz a previsão da remuneração compensatória nos casos de impedimento dos membros da Diretoria Colegiada, após a exoneração ou término de mandato, senão vejamos:

"Art. 8º Os membros do Conselho Diretor ou da Diretoria Colegiada ficam impedidos de exercer atividade ou de prestar qualquer serviço no setor regulado pela respectiva agência, por período de 6 (seis) meses, contados da exoneração ou do término de seu mandato, assegurada a remuneração compensatória."

Portanto, é de seis meses o prazo de quarentena, sendo que a remuneração compensatória ocorrerá pelo prazo de seis meses, desde que avaliado pela **Comissão de Ética Pública** (conforme Ofício Circular nº 6/2019/SECEP/SG/PR, de 09/10/2019). Assim, as atividades proibidas são aquelas previstas no art. 6º, inciso II da Lei nº 12.813/2013.

Cumpre-nos informar que, desde janeiro de 2010, 18 (dezoito) diretores tiveram seus mandatos encerrados, sendo que 11 (onze) destes receberam a remuneração compensatória, e os demais não.

No que diz respeito à atuação de ex-diretores de maneira direta ou indireta no mercado regulado após o cumprimento de seus respectivos mandatos, assim como a existência de mecanismos formais para evitar "porta giratória" de servidores com cargo de livre nomeação com nível igual a DAS-5, informamos que as competências definidas pela Lei nº 12.813/2013 apontam que todo o pedido e análise dos dirigentes em quarentena ocorre perante à **Comissão de Ética Pública**.

Afora as restrições provenientes da Comissão de Ética Pública, órgão a quem cabe avaliar a conduta dos Diretores de Agências Reguladoras após o término dos respectivos mandatos, não há previsão na Lei 9986/2000 a respeito de vedações profissionais de forma geral dirigidas a ex-dirigentes da ANS, ou seja, salvo melhor juízo, não pode a ANS criar, a seu modo, qualquer restrição para o exercício profissional, tal como defluiu, inclusive, da garantia prevista no art. 5º, XIII da CF/88.

Por óbvio, a ANS adota padrões rigorosos de conformidade e integridade, como visto alhures, como forma de condicionar a atuação dos seus servidores, efetivos ou comissionados, assegurando transparência e lisura em todo processo de tomada de decisão, sempre premido pelo rigor técnico.

Sobre as situações que envolvem Conflitos de Interesses, informa-se que no âmbito da ANS existe a Comissão de Avaliação das Demandas sobre Conflito de Interesse, constituída através da Portaria nº 5958, de 18 de novembro de 2013 e composta atualmente por membros representantes, titulares e suplentes, da Gerência de Recursos Humanos - GERH, da Comissão de Ética - CEANS e Presidência da Agência, conforme consta da Portaria de Pessoal ANS nº 110, de 29 de maio de 2025, publicada no Boletim de Serviço nº 35, de 02 de junho de 2025. Tal composição atende à Portaria Interministerial MPOG/CGU nº 333/2023, bem como à Lei nº 12.813/2013, que " *dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo federal e impedimentos posteriores ao exercício do cargo ou emprego*".

Quanto às regras internas de compliance, integridade e prevenção de conflitos de interesse atualmente em vigor na ANS, informamos que a ANS tem o [Plano de Integridade 2025/2026](#) com o fluxograma de apuração de conflito de interesses (figura 15).

Assim sendo, esclarecemos que a Alta Administração da Agência segue o [Código de Conduta da Alta Administração Federal](#) e os

demais agentes públicos são submetidos ao Código de Ética da ANS - [RA ANS 25/2008](#). O Programa de Integridade da ANS está disponível no Portal da Agência: [Acesse aqui](#).

A ANS, atualmente, conta com uma Ouvidoria independente, tal como prevê o art. 22 da Lei 13848/2019, garantindo espaço isento para o recebimento de denúncias contra comportamento de qualquer servidor público vinculado à ANS, seja na condição de efetivo ou em cargo comissionado, contexto no qual também está inseridos os Diretores da Agência.

Há também na ANS uma Comissão de Ética no âmbito da ANS, cuja vocação institucional reside justamente no relevante papel de apurar denúncias de conflitos de interesses dos servidores da ANS, bem como de orientar constantemente os servidores da Agência quanto à forma adequada de prevenir situações de conflito de interesse.

É importante compreender, de igual modo, que a ANS zela continuamente pelo caráter técnico de suas decisões, reforçando sobremaneira a transparência de suas ações. As sessões de Diretoria Colegiada são sempre públicas, com transmissão pelo canal da ANS no youtube. Há norma da ANS regulando o rito pelo qual as decisões devem ser tomadas, exigindo-se rigor elaborado para exposição de motivos de determinada iniciativa, Notas Técnicas fundamentadas por servidores públicos efetivos da ANS, deliberações dos Diretores em sessões públicas.

Além disso, há norma da ANS regulamentando a audiência com particular, ocasião em que o interessado deve divulgar com antecedência os motivos da solicitação, o vínculo do interesse suscitado e outras informações relevantes. Por determinação da CGU, todas a agenda dos Diretores, bem assim dos servidores tidos como politicamente expostos em razão do cargo que ocupam, devem divulgar sua agenda de reuniões, garantindo transparência às ações dos servidores da ANS.

XVII – DAS RAZÕES QUE LEVARAM O DIRETOR-PRESIDENTE A EMITIR NOTA SOBRE A RESOLUÇÃO 2448/25 DO CFM

Como visto alhures, compete à ANS a regulação do setor de saúde suplementar, contexto no qual se situa, como esclarecido, a prerrogativa para regulamentar os mecanismos de verificação da conformidade de determinada prescrição prescrita por um profissional de saúde com o rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde.

Não se trata de competência para regular o serviço médico em si, como também explicado, mas a compatibilidade de determinadas indicações com o rol de cobertura ou com o contrato celebrado pela operadora de plano de saúde e seu beneficiário.

No entendimento das áreas técnicas da ANS, a Resolução 2448/2025 invadiu tal plexo de competências da ANS e, por tal razão, a par da Nota Pública referida, também foi dirigido respeitoso Ofício ao Ilmo. Sr. Presidente do CFM com a finalidade de procedermos, em conjunto, um diálogo construtivo para equacionar este aparente conflito de competências. É bom registrar que, já no início deste ano, foi feita profícua reunião entre ANS e o CFM a esse respeito e foi restaurado o ambiente de diálogo que sempre marcou a relação entre as referidas Instituições Públicas.

A ANS tem muito respeito pelo CFM e entende extremamente importante a participação do Conselho nas discussões que permeiam o setor de saúde suplementar. Tanto o CFM quanto a ANS são Autarquias Federais com relevantes competências para pacificar conflitos num setor já tão assolado por conflitos.

Não por outra razão foi celebrado um acordo de cooperação técnica entre o CFM e ANS no fim de 2024, justamente para simbolizar o quanto se espera e confia na coordenação entre as 2 Instituições para ações regulatórias que efetivamente resultem em melhoria de qualidade na assistência à saúde devida aos milhões de consumidores de plano de saúde no Brasil.

Enquanto investido por lei do relevante papel de representação institucional da ANS, o Diretor-Presidente da Agência deve afirmar a posição institucional de forma a garantir o respeito e efetividade das competências encarecidas legalmente à ANS, o que, neste caso, foi feito com respeito e com a finalidade de construção dialógica com o CFM. O objetivo da manifestação da ANS, refletida não apenas na Nota Pública mas também no Ofício enviado ao CFM, alinha-se, outrossim, ao interesse público de ver respeitada a competência regulatória da ANS, o que, repisa-se, será sobremaneira alcançado a partir da coordenação com o CFM.

Com efeito, o signatário da presente resposta repudia de forma veemente a insinuação de que tal pronunciamento tenha se dado como forma de alinhamento com os interesses das operadoras de planos de saúde.

Para além de tal afirmação, que beira a leviandade, estar em desalinho com a conduta historicamente adotada pelo atual Diretor-Presidente da ANS em defesa dos direitos dos consumidores, notadamente, de forma mais recente, quando esteve a frente da SENACON, ocasião em que pode capitanear relevantes pautas de proteção dos consumidores contra as operadoras de planos de saúde, também ignora que a atuação em referência decorre de texto expreso de lei, pois, enquanto representante institucional da ANS, cabe mesmo ao Diretor-Presidente da Agência, aliás, deve fazer a sua defesa e de suas prerrogativas, inclusive perante a opinião pública.

Destarte, conquanto seja certa a competência do CFM para regulamentar a atividade médica, revela-se inegável que a referida Resolução 2448/2025 adentra questões tipicamente de competência da ANS, de modo que, para prevenir conflitos a esse respeito, fez-se inevitável uma manifestação pública da ANS, bem como a deflagração de um diálogo construtivo com o CFM a fim de promover ações regulatórias de forma adequada, que garanta efetivamente melhoria de assistência à saúde dos consumidores.

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

Respeitosamente,

Wadih Damous

Diretor-Presidente da ANS



Documento assinado eletronicamente por **Wadih Nemer Damous Filho, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, em 27/03/2026, às 12:22, 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 **35335993** e o código CRC **042A8B43**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 33910.060340/2025-42

SEI nº 35335993



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 501

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

Assunto: **Requerimento de Informação**

(datado eletronicamente)

Senhor Ministro,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência, anexo, o inteiro teor do seguinte Requerimento de Informação:

Proposição	Autoria
Requerimento de Informação nº 7151/2025	Dep. Robinson Faria
Requerimento de Informação nº 7492/2025	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 7494/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7497/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7501/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7503/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7505/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7581/2025	Dep. Adriana Ventura
Requerimento de Informação nº 7585/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7586/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7587/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7588/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7589/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7595/2025	Dep. Evair Vieira de Melo
Requerimento de Informação nº 7599/2025	Dep. Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 7624/2025	Dep. Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 7635/2025	Dep. Fernanda Melchionna
Requerimento de Informação nº 7638/2025	Dep. Marcos Tavares
Requerimento de Informação nº 7639/2025	Dep. Albuquerque

Nota – Na existência de requerimentos de diferentes autorias, deve ser encaminhado um ofício de resposta para cada autor/a da proposição.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Requerimento de Informação nº 7640/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7641/2025	Dep. Albuquerque
Requerimento de Informação nº 7645/2025	Dep. Felipe Carreras
Requerimento de Informação nº 7720/2025	Dep. Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 7725/2025	Dep. Diego Garcia
Requerimento de Informação nº 7737/2025	Dep. Clarissa Tércio
Requerimento de Informação nº 7776/2025	Dep. Laura Carneiro
Requerimento de Informação nº 7778/2025	Dep. Laura Carneiro
Requerimento de Informação nº 7820/2025	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 7990/2025	Dep. Comissão de Fiscalização Financeira e Controle
Requerimento de Informação nº 8004/2025	Dep. Julia Zanatta
Requerimento de Informação nº 8028/2025	Dep. Amom Mandel
Requerimento de Informação nº 8031/2025	Dep. Felipe Carreras
Requerimento de Informação nº 8043/2025	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 8046/2025	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 8067/2025	Dep. Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 8068/2025	Dep. Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 8069/2025	Dep. Marcelo Álvaro Antônio
Requerimento de Informação nº 8093/2025	Dep. Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 8095/2025	Dep. Dr. Frederico

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, que a resposta esteja acompanhada de cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou de documento equivalente, nos termos do art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação). Em caso de outra hipótese legal de sigilo, solicito que seja informado o correspondente dispositivo legal que a fundamenta. Em todos os casos, os documentos sigilosos devem estar acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com a indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado CARLOS VERAS
Primeiro-Secretário

Nota – Na existência de requerimentos de diferentes autorias, deve ser encaminhado um ofício de resposta para cada autor/a da proposição.



Documento assinado por:
03/03/2026 21:33 - Dep. CARLOS VERAS
Selo digital de segurança: 2026-HVZK-JSXN-UJUR-YJFG



REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº ____/2025

(Da Sra. Júlia Zanatta)

Solicitação de informações ao Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sobre práticas abusivas recorrentes no setor de saúde suplementar, notadamente negativas de cobertura, reajustes abusivos, cancelamentos unilaterais e possíveis omissões regulatórias.

Senhor Presidente,

Nos termos do art. 50, §2º, da Constituição Federal, e do art. 115, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requero seja encaminhado ao Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pedido de informações sobre práticas abusivas recorrentes de operadoras de planos de saúde e as medidas adotadas para coibir tais condutas.

- 1. Informar quantos processos administrativos sancionadores foram instaurados, especificando quantos resultaram em multa, suspensão, advertência ou arquivamento nos últimos 10 anos para:**
 - 1.1. negativas de cobertura;
 - 1.2. cancelamentos unilaterais;
 - 1.3. reajustes abusivos;
 - 1.4. descredenciamentos irregulares;
 - 1.5. auditorias médicas abusivas;
- 2. Explicar por que operadoras reincidentes seguem atuando normalmente, indicando o número de empresas classificadas como reincidentes pela ANS e motivos para a ausência de medidas como suspensão de comercialização.**
- 3. Enviar relatório quantitativo e analítico das reclamações recebidas pela ANS contra operadoras de planos de saúde nos últimos 10 anos, contendo obrigatoriamente:**





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** – PL/SC

- 3.1. ranqueamento anual das operadoras com maior número de reclamações;
- 3.2. classificação dos motivos das reclamações (negativa de cobertura, reajuste abusivo, cancelamento unilateral, descredenciamento de rede, auditoria médica, demora no atendimento etc.);
- 3.3. número anual de NIPs registradas;
- 3.4. número de multas aplicadas, valores correspondentes e reincidência das operadoras;
- 3.5. quantidade de processos administrativos instaurados para apuração de irregularidades e seu resultado (arquivamento, advertência, multa, suspensão, regime especial etc.);
- 3.6. descrição das medidas disciplinares, corretivas ou sancionatórias efetivamente adotadas pela Agência em cada exercício.

O relatório deve ser completo, detalhado e apresentado em formato que permita análise objetiva da atuação da ANS na fiscalização das operadoras ao longo da última década.

- 4. Informar se a ANS monitora práticas de seleção de risco (discriminação de beneficiários). Detalhar denúncias recebidas, investigações e medidas adotadas.**
- 5. Tornar públicos os critérios técnicos que fundamentam reajustes, incluindo:**
 - 5.1. Planilhas de cálculo;
 - 5.2. Modelos estatísticos
 - 5.3. Justificativas para reajustes acima da inflação;
- 6. Justificar a ausência de regulamentação específica para planos coletivos e informar previsão normativa.**
- 7. Informar se a ANS recebeu denúncias, representações ou comunicações formais sobre possível exercício ilegal da medicina por parte de operadoras ou terceiros contratados, especialmente em situações em que auditorias médicas são realizadas por profissionais que não possuem habilitação regular no Conselho Regional de Medicina (CRM). Especificar:**
 - 7.1. quantos casos foram registrados;
 - 7.2. quais operadoras estiveram envolvidas;
 - 7.3. quais medidas fiscalizatórias foram adotadas;

Câmara dos Deputados | Anexo IV – 4º andar – Gabinete 448 | 70100-970 Brasília DF
Tel (61) 3215-5448 | dep.juliazanatta@camara.leg.br





- 7.4. se houve comunicação aos Conselhos Regionais de Medicina, Ministério Público ou Polícia Civil;
- 7.5. se a ANS instaurou processo sancionador nesses casos e qual o resultado.

8. Informar quais ações concretas a ANS tem realizado para coibir operadoras que negam cobertura de procedimentos incluídos no próprio contrato ou no Rol de Procedimentos Obrigatórios, especialmente quando a negativa atinge usuários em condições de maior vulnerabilidade (idosos, pessoas com deficiência, doenças crônicas, autistas, pacientes de alto custo, tratamentos continuados etc.).

Discriminar:

- 8.1. número de fiscalizações realizadas nos últimos 5 anos;
- 8.2. multas aplicadas e valores arrecadados;
- 8.3. quantas suspensões de venda de planos foram determinadas;
- 8.4. quantos casos foram encaminhados para processo sancionador;
- 8.5. como a ANS monitora reincidência e se houve aplicação de penalidade agravada;
- 8.6. quais medidas estruturais estão sendo adotadas para evitar que a negativa indevida continue sendo prática recorrente no setor.

9. Explicar por que a ANS não editou normativas para coibir:

- 9.1. Auditorias vexatórias;
- 9.2. Interferência indevida na autonomia médica;
- 9.3. Negativas por sistema automatizado;
- 9.4. Barreiras artificiais ao acesso

10. Relacionar todas as reuniões, agendas e atas referentes a normas sobre reajustes, auditorias e fiscalização, indicando quais grandes grupos econômicos participaram.

11. Apresentar o Plano de Fiscalização da ANS para 2025 e justificar a ausência de reforço na fiscalização diante do aumento das denúncias.

12. Informar quais são as regras internas de compliance, integridade e prevenção de conflitos de interesse atualmente vigentes na ANS.

Encaminhar:

- 12.1. normativos internos completos;
- 12.2. versões atualizadas do Código de Conduta;
- 12.3. fluxos de apuração de conflito de interesse.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** – PL/SC

Apresentação: 28/11/2025 19:16:52.610 - Mesa

RIC n.8004/2025

13. Detalhar qual é a regra oficial de quarentena aplicável a diretores e ex-dirigentes da ANS, indicando:

- 13.1. prazo da quarentena obrigatória;
- 13.2. quais atividades são proibidas durante a quarentena;
- 13.3. fundamento legal e infralegal;
- 13.4. número de ex-diretores submetidos à quarentena desde 2010;
- 13.5. quantos pediram dispensa ou flexibilização da quarentena e com que justificativas.

14. Informar quantos ex-diretores da ANS passaram a atuar, direta ou indiretamente, em:

- 14.1. operadoras de planos de saúde;
- 14.2. consultorias que prestam serviços a operadoras;
- 14.3. escritórios de advocacia do setor;
- 14.4. conselhos, comitês e cargos de representação de entidades do mercado regulado, nos últimos 10 anos.

15. Especificar nome, data de saída, função exercida após saída e prazo entre o desligamento e o início da nova atividade.

16. Esclarecer se a ANS possui mecanismos formais para evitar porta giratória, tais como:

- 16.1. registro público de vínculos posteriores de ex-dirigentes;
- 16.2. comitê de ética independente responsável por monitorar atividades pós-cargo;
- 16.3. mecanismos de fiscalização de cumprimento da quarentena;
- 16.4. sanções efetivas em caso de violação.

17. Informar se a ANS possui política estruturada para impedir que servidores em posição estratégica (diretores, gerentes-gerais, chefes de fiscalização, jurídico, regulação ou TI) atuem em benefício de empresas reguladas. Encaminhar:

- 17.1. controles internos de prevenção;
- 17.2. sistema de detecção de conflitos reais ou potenciais;
- 17.3. relatórios anuais de monitoramento.

18. Detalhar se há porta giratória inversa, isto é: nomeações para cargos estratégicos na ANS de pessoas com vínculos recentes com operadoras, consultorias, associações setoriais, escritórios de lobby ou entidades de defesa das operadoras. Informar:

Câmara dos Deputados | Anexo IV – 4º andar – Gabinete 448 | 70100-970 Brasília DF

Tel (61) 3215-5448 | dep.juliazanatta@camara.leg.br



* C D 2 5 3 7 5 2 4 8 9 7 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** – PL/SC

- 18.1. quantas nomeações apresentam esse perfil nos últimos 10 anos;
- 18.2. como a ANS avalia e mitiga esse risco;
- 18.3. se existe triagem formal e parecer obrigatório sobre conflito de interesse antes da nomeação.

19. Informar se a ANS possui acesso ou produz lista consolidada de ex-dirigentes impedidos de atuar no setor, especificando:

- 19.1. critérios de impedimento;
- 19.2. duração do impedimento;
- 19.3. mecanismos de publicidade da lista;
- 19.4. quem fiscaliza o seu cumprimento.

20. Esclarecer quais medidas a ANS adotou nos casos em que ex-diretores assumiram cargos relevantes em empresas reguladas pouco tempo após a saída do cargo. Informar:

- 20.1. se houve apuração de violação ética;
- 20.2. se algum caso resultou em recomendação, sanção, advertência ou encaminhamento ao Ministério da Transparência/CGU;
- 20.3. se houve consulta à Comissão de Ética Pública da Presidência.

21. Apresentar avaliação institucional da ANS sobre o impacto da porta giratória na credibilidade regulatória, e quais medidas adicionais estão em estudo para reforçar controles, aumentar transparência e preservar a imparcialidade regulatória.

22. Informar quais providências foram adotadas pela Presidência da ANS diante das eventuais condutas de diretores relacionadas a auditorias médicas realizadas por profissionais não habilitados, incluindo:

- 22.1. se houve instauração de procedimento interno de responsabilização;
- 22.2. se houve afastamento preventivo, apuração disciplinar ou comunicação ao Ministério Público Federal;
- 22.3. quais medidas corretivas foram implementadas para impedir a continuidade dessa prática pelas operadoras.

23. Esclarecer as razões que levaram o Presidente da ANS a emitir nota pública criticando a Resolução CFM nº 2.448/2024, que reafirma que a auditoria médica somente pode ser realizada por médico regularmente inscrito no CRM.

- 23.1. se a manifestação institucional foi precedida de parecer técnico-jurídico;
- 23.2. se houve consulta prévia à Diretoria Colegiada;





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** – PL/SC

23.3. por qual motivo a ANS considerou adequada a ameaça de judicialização perante o STF contra uma norma que apenas reafirma uma competência exclusiva da profissão médica;

23.4. como essa postura se concilia com o dever legal da ANS de fiscalizar operadoras e de proteger os consumidores, e não de atuar em defesa dos interesses econômicos das empresas reguladas.

24. Explicar, ainda, de que forma a nota pública da Presidência da ANS, amplamente percebida como alinhamento às operadoras de planos de saúde, justamente as potenciais beneficiárias de modelos de negativa automatizada e de auditorias suscetíveis de irregularidades, se harmoniza com os princípios de independência regulatória, moralidade administrativa, defesa do consumidor e prevenção de conflitos de interesse.

JUSTIFICATIVA

A saúde suplementar no Brasil enfrenta um cenário de crescentes práticas abusivas, amplamente reconhecidas em audiências públicas, na imprensa e nas estatísticas de reclamações dos consumidores. Entre as denúncias mais recorrentes estão negativas indevidas de cobertura, cancelamentos unilaterais, reajustes incompatíveis com a realidade econômica, interferência indevida na autonomia médica, auditorias realizadas por profissionais não habilitados e a adoção de mecanismos que dificultam o acesso a tratamentos essenciais.

Essas condutas, além de violarem direitos previstos no Código de Defesa do Consumidor e na legislação da saúde suplementar, representam grave afronta à dignidade da pessoa humana, especialmente quando atingem pacientes vulneráveis: idosos, pessoas com deficiência, autistas, portadores de doenças crônicas, pacientes de alto custo e indivíduos que dependem integralmente de continuidade de tratamento para preservação da saúde e da vida.

Ocorre que, apesar da repetição sistemática dessas irregularidades por diversas operadoras, não se observa resposta regulatória proporcional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ausência de fiscalização efetiva, a demora na instauração de processos sancionadores, a baixa taxa de punições aplicadas e a manutenção de operadoras reincidentes no mercado geram a percepção de um apagão regulatório com efeitos diretos e gravíssimos sobre milhões de usuários.

Câmara dos Deputados | Anexo IV – 4º andar – Gabinete 448 | 70100-970 Brasília DF
Tel (61) 3215-5448 | dep.juliazanatta@camara.leg.br





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada **JÚLIA ZANATTA** – PL/SC

Além disso, existem indícios preocupantes relacionados à falha de compliance, conflitos de interesse e ausência de mecanismos robustos contra porta giratória, permitindo que ex-dirigentes da ANS atuem no mercado regulado logo após deixarem a autarquia, ou que profissionais com forte vínculo prévio com operadoras ocupem cargos estratégicos na agência. Tal situação compromete a independência regulatória, fragiliza a credibilidade institucional e pode influenciar decisões técnicas e normativas em detrimento dos consumidores.

A gravidade das denúncias e o impacto social das irregularidades justificam integralmente a necessidade de obter informações precisas, completas e documentadas, permitindo que o Parlamento exerça seu papel constitucional de fiscalizar a administração pública, verificar a atuação da ANS e, se necessário, propor alterações legislativas, medidas de controle, aperfeiçoamento regulatório e responsabilização de agentes públicos e privados.

Assim, para proteção do interesse público, transparência administrativa e defesa dos milhões de brasileiros que dependem de planos de saúde, faz-se imprescindível a aprovação deste Requerimento de Informação.

Sala das Sessões, em 28 de Novembro de 2025

Deputada Federal **Júlia Zanatta**
(PL/SC)

