



São Paulo, 19 de janeiro de 2015.
ABR.003/15 – SIN.001/15

Ao

Sr. Rafael Pedreira Vinhas

Gerente-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos – GGEOP

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 – Glória

20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Contribuições referentes à 1ª reunião da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde

Prezado Senhor,

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo e o Sindicato Nacional das Empresas de Medicinas de Grupo, doravante denominado Sistema ABRAMGE/SINAMGE, vêm, respeitosamente, à presença de V. S.a., apresentar as suas contribuições a respeito da 1ª Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde, ocorrida no dia 10/12/2014.

Inicialmente, antes de adentrarmos em nossas contribuições para o assunto determinado a essa Câmara Técnica, cumpre-nos mencionar nossos cumprimentos à Agência em abrir esse espaço para tratamento do tema e, ao mesmo tempo, nosso pesar pela delimitação tão restritiva do tema proposto para essa Câmara Técnica.

É de conhecimento comum a todos os atores atuantes junto à saúde suplementar que várias são as dificuldades encontradas para se promover a movimentação de exclusão de beneficiários, tais como: informações equivocadas e/ou inverídicas prestadas pelas contratantes dos planos; dificuldade ou impossibilidade de localizar o beneficiário em



diversos casos (falta de atualização de endereço; ocultação por parte do beneficiário; abandono de emprego; existência de dependentes que não se comunicam após o falecimento do titular); custeio de assistência após a exclusão em caso de beneficiários internados ou que dolosamente buscam atendimento após a exclusão; a necessidade de condicionar as novas contratações à regularização de débitos anteriores junto a Operadora, quando se tratar de beneficiários excluídos por inadimplência; a necessidade de suspender a movimentação de beneficiários durante o aviso prévio para rescisão de um contrato coletivo; pedidos advindos do titular sem aviso ao dependente (situação frequente em separações e divórcios).

A própria ANS reconheceu durante a 1ª reunião desta Câmara Técnica que buscando demandas sobre exclusão de beneficiários ou cancelamento o número de demandas era grande, porém ao restringir a pesquisa às reclamações relativas à dificuldade de cancelamento a pedido dos beneficiários, o retorno foi de apenas 72 demandas em um universo de aproximadamente 80 mil demandas em 2014.

Apesar do exposto, considerando como fundamento para abertura desta Câmara Técnica apenas as recomendações emitidas pelo Ministério Público, que se relacionam apenas a dificuldade dos beneficiários em solicitar a exclusão ou cancelamento do plano, a Agência optou em restringir o objeto da Câmara.

Desse modo, pleiteia-se a ampliação do escopo desta Câmara Técnica para discussão ampla das situações que envolvem exclusão de beneficiários, considerando a necessidade de regulação da matéria e a unicidade da regulamentação para o assunto.

Eventualmente, na impossibilidade de ampliação do escopo desta Câmara em razão do fundamento de sua constituição, pleiteia-se a abertura de nova Câmara Técnica para discussão ampla das outras situações que envolvem exclusão de beneficiários ou cancelamento de contratos de planos, além do pedido do beneficiário a esse respeito, preferencialmente que essa nova Câmara ocorra concomitantemente (por uma questão de economia, praticidade e efetividade), inclusive com reuniões marcadas para a mesma data em horários diferentes, possibilitando que ao final os trabalhos de ambas convirjam em um único normativo completo sobre a matéria.



Com relação ao tema proposto para esta Câmara Técnica e, considerando as apresentações e discussões iniciais ocorridas na 1ª reunião, seguem nossas contribuições.

Primeiramente ressalta-se que, embora ciente que a apresentação ocorrida na 1ª reunião dessa Câmara Técnica não continha a posição da ANS, mas sim uma compilação das discussões em torno da matéria, principalmente quanto ao ofício PR/RJ/CG/nº11423/2014, o fato é que as recomendações emanadas do Ministério Público baseiam-se nas disposições do Decreto nº 6.523, publicado em 1º de agosto de 2008, que disciplina o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC). A esse respeito, imperioso reiterar que referido normativo já foi, outrora, objeto de ampla discussão no setor de saúde suplementar, inclusive gerando ao final uma Cartilha elaborada pela ANS em conjunto com o Ministério da Justiça (Secretaria de Direito Econômico, Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor) disciplinando a aplicação do Decreto nas relações dos planos de saúde.

Nos debates prévios à elaboração da Cartilha, foram levados em conta a heterogeneidade das Operadoras de planos de saúde.

Assim, não havia razões para equiparar e exigir uma estrutura cara de Call Center de uma Operadora de pequeno porte que atua exclusivamente em um único município, no qual o impacto financeiro com aumento dos custos para sua instituição não traria benefício ao consumidor que justificasse essa exigência. Ao contrário, ficou evidenciada a importância do Call Center para Operadoras que atuam em todo o território nacional, com beneficiários espalhados em todo o país.

Por esse motivo, na Cartilha restou expresso que o Decreto nº 6.523/2008 regulamentaria o Call Center (SAC) de quem possuísse esse canal, não obrigando a sua efetiva implantação naquelas Operadoras cuja estrutura não é imprescindível para garantir uma boa interlocução com o consumidor. Nesse sentido, veja disposição do item 2 da Cartilha:

2. A quem se aplica esse Decreto no âmbito da saúde suplementar?

O Decreto nº 6.523/2008 se aplica a todos os prestadores de serviços regulados, ou seja, no caso da saúde suplementar, se aplica a todas as operadoras de



*planos privados de assistência à saúde. Desse modo, toda operadora que esteja devidamente registrada na ANS deverá seguir essa norma, independente de sua modalidade, **caso possua o SAC como um dos serviços oferecidos aos seus consumidores. (grifo nosso)***

Pelas razões expostas, caso haja intenção de rever a Cartilha, certamente seria necessário um amplo debate sobre a matéria, tal como ocorreu no passado, o que não parece ser o caso dessa Câmara Técnica, que como informado na 1ª reunião, tem um escopo reduzido pelo curto prazo para sua conclusão.

Quanto às recomendações feitas pelo Ministério Público Federal, tecemos nossos comentários:

- 1. Possibilidade das seguintes formas de cancelamento (presencial, via SAC, via carta, via e-mail ou site da Operadora).*

Primeiramente imperioso destacar que diferente do que acontece com outros setores econômicos, como o da telefonia, é necessário considerar que o setor de saúde suplementar precisa e possui uma série de regras e formalidades específicas, exatamente em função de seu objeto que é a saúde, bem jurídico fundamental e indispensável à vida humana, e de suas particularidades únicas.

Exatamente em função desse pressuposto e em valorização da proteção ao consumidor é que a regulamentação exige uma série de formalidades ligadas às relações entre beneficiários, contratantes e Operadoras de planos de saúde, tanto a nível de contratação, manutenção, como de encerramento da relação.

Atualmente há uma série de formalidades que devem ser observadas no ingresso dos beneficiários no plano. Da mesma forma, outras formalidades são exigidas em várias hipóteses de exclusão de beneficiários, por exemplo, para a exclusão de um beneficiário titular de um plano coletivo empresarial, a Operadora deve exigir da contratante do plano as informações quanto ao motivo da exclusão, existência de contribuição do beneficiário para o plano, tempo dessa contribuição, dentre outras¹.

¹ Resolução Normativa – RN nº 279/11 e alterações



Por essa razão, em respeito às disposições legais estabelecidas no Código Civil em vigor, especificamente em sua Seção I – **DO DISTRATO**, presente no Capítulo II, do Título V, uma vez que os contratos de planos devem obrigatoriamente respeitar a forma escrita, o distrato deverá observar a mesma formalidade (art. 472 do CC/2002).

Ainda que se trate de rescisão unilateral, na forma do art. 473 do CC/2002 (que, frisa-se, integra a mesma seção já referida do Código Civil, qual seja, **DO DISTRATO**, razão pela qual deve observar a mesma linha de interpretação) a legislação exige denúncia notificada à outra parte. Nesse caso, estamos novamente diante da exigência da forma escrita, tendo em vista que em nossa sociedade, as notificações são usual e costumeiramente utilizadas na forma escrita.

Por esse motivo, a Cartilha foi expressa quanto a impossibilidade de cancelamento de contrato pelo SAC, senão vejamos em seu item 4:

4. A Operadora deverá disponibilizar obrigatoriamente uma opção para o consumidor que deseje cancelar o seu contrato?

Não. Tendo em vista que não há previsão de contratação de plano de saúde por via telefônica, a hipótese de cancelamento ou suspensão do contrato não se aplica ao setor de saúde suplementar. Nesse caso, deverá ser aplicado o princípio da equivalência. Entretanto, o SAC deverá fornecer todas as informações necessárias ao consumidor que deseje cancelar o seu plano de saúde.

E, pelas mesmas razões que rever a Cartilha demandaria um amplo debate, ampliar a forma de contratação dos planos (para garantir o respeito ao princípio da equivalência), também dependeria de revisão e elaboração de regulamentação, a exemplo da Resolução 294 do CNSP, que define a comercialização de produtos relacionados aos planos de seguros e de previdência complementar aberta por meios remotos.

Ademais, reitera-se que o art. 473 do CC/2002 estabeleceu que: “Art. 473. A rescisão unilateral, nos casos em que a lei expressa ou implicitamente o permita, **opera mediante denúncia notificada à outra parte**”. Não obstante, a Lei que regulamenta os planos de saúde (Lei 9.656/98), possui disposição sobre cancelamento de contrato individual unilateralmente pela Operadora de planos:



Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

*II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, **desde que o consumidor seja comprovadamente notificado** até o quinquagésimo dia de inadimplência; e*

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Portanto, a par da discussão sobre formalismo contratual, que também deve ser seguido na rescisão unilateral, caso venham a ser permitidas outras formas para o beneficiário rescindir o contrato unilateralmente, esses mesmos meios passarão a ser garantidos às Operadoras, em respeito à equidade.

O pleito acima não pretende esgotar a discussão da matéria, uma vez que temos ciência da importância de inovar e viabilizar meios de sustentabilidade do segmento que acompanhem os avanços tecnológicos.

Nessa senda, exclusivamente para aquelas operadoras que já possuem estrutura que garanta segurança nas notificações digitais, poderá ser viabilizada mão dupla nessa relação, permitindo o uso dessa tecnologia para contratações de planos, como também para a rescisão de uma das partes (seja operadora ou o consumidor).

Reconhecendo a realidade do comércio eletrônico, entendemos viável estender os conceitos aplicáveis nesse modelo de negócio às contratações dos planos, como hoje já se vislumbra, para as relações pós-venda.

Dessa forma, entendemos prudente a permissão de utilização de sistemas seguros de comunicação digital para envio de notificação, boletos de pagamento e mensagens,



contemplando as resilições unilaterais do contrato, inclusive quanto à notificação de inadimplência prevista no parágrafo único do Art. 13º da Lei nº 9656/98.

Para que a ferramenta de comunicação digital possa atender às principais necessidades no envio de informações aos beneficiários de planos de saúde, o sistema deverá cumprir critérios de segurança da informação, **de livre adesão do beneficiário**, bem como ser capaz de garantir a entrega e abertura da mensagem de notificação (ou seja, somente quando a operadora ofertar esse serviço e o beneficiário livremente aderir a esse modelo, as comunicações possam ser realizadas dessa forma).

O sistema de comunicação digital deverá também estar de acordo com princípios básicos de segurança da informação, como a **confidencialidade** – garantir que a informação seja acessada somente por pessoas autorizadas, a **disponibilidade** – garantir que a informação esteja sempre disponível, a **integridade** – garantir a exatidão da informação, **autenticidade** – garantir que a informação é autêntica e o não repúdio – prevenir a rejeição por parte do remetente ou do receptor de uma mensagem.

Com a implantação desses sistemas de comunicação digital, operadoras e beneficiários de planos de saúde contarão com maior agilidade e facilidade para a troca de informações, utilizando sistemas seguros e que garantam a entrega e abertura da mensagem de notificação. Além disso, a implantação do sistema reduz a utilização de papel, contribuindo para a sustentabilidade ambiental, reduz os custos de envio, bem como facilita tanto a guarda da notificação pelo beneficiário quanto dos comprovantes digitais de abertura e leitura pelas operadoras de planos de saúde.

Porém devido a tecnologia envolvida, não disposta em todo o território nacional e de custo elevado para pequenas operadoras, seria um meio alternativo, exclusivamente para aquelas operadoras que o ofereçam, mantendo o modelo atual de contratação e resilição unilateral como único obrigatório.

Ainda a esse respeito enviamos anexo o atual entendimento da Diretoria de Fiscalização da ANS – DIFIS que dispomos, no qual destacamos a seguinte parte da conclusão: "*Isto porque, quando a lei exigiu a 'notificação' de inadimplência, quis o legislador um ato formal e não uma mera comunicação ou aviso*".



Por fim, pugna-se indispensável estabelecer a quem será garantido o direito de requerer a exclusão de beneficiários ou o cancelamento dos contratos, tendo em vista os diferentes tipos de contratação, com suas respectivas particularidades, estabelecidos para os planos de saúde.

Nesse sentido, pleiteia-se que para plano individual/familiar, apenas o beneficiário titular do plano, que é também seu contratante, possa solicitar a exclusão de dependentes ou o respectivo cancelamento do contrato. Ao dependente somente seria assegurado esse direito em caso de ter se mantido no plano após o falecimento do beneficiário titular, conforme assegura a regulamentação vigente.

Para planos coletivos contratados diretamente junto a Operadora do plano, sem prejuízo do direito da contratante solicitar a exclusão de qualquer beneficiário, na forma estabelecida em contrato e na regulamentação em vigor, pleiteia-se que, entre os beneficiários, somente o beneficiário titular do plano possa solicitar a sua exclusão ou a de algum de seus dependentes e somente no caso do contrato do plano celebrado entre a Pessoa Jurídica Contratante e a Operadora estabelecer essa possibilidade.

Ademais, para exercer essa faculdade nos casos em que o contrato permita, o titular deverá comprovar que já comunicou à Pessoa Jurídica Contratante sobre sua solicitação de exclusão do plano.

Ao dependente somente seria assegurado esse direito em caso de ter se mantido no plano após a exclusão do beneficiário titular, nos casos previstos na regulamentação ou no contrato.

Para planos coletivos empresariais ou coletivos por adesão contratados por intermédio de uma Administradora de Benefícios, pleiteia-se que, entre os beneficiários, somente o beneficiário titular do plano possa solicitar a sua exclusão ou a de algum de seus dependentes e que essa solicitação somente possa ser feita junto a Administradora de Benefícios, que promoverá a respectiva exclusão junto a Operadora do plano.



Ao dependente somente seria assegurado esse direito em caso de ter se mantido no plano após a exclusão do beneficiário titular, nos casos previstos na regulamentação ou no contrato.

2. O pedido de cancelamento feito por meio de atendimento pessoal terá efeito imediato, não podendo a operadora efetuar qualquer cobrança após o pedido.

Novamente cumpre invocar as particularidades do setor de saúde suplementar. Enquanto na telefonia, utilizada como parâmetro de exemplo pelas recomendações do Ministério Público, existem poucas e grandes Operadoras que dominam todo o mercado, possuindo por consequência toda a sua estrutura própria, a saúde suplementar é formada por milhares de Operadoras, de todos os portes inclusive pequenas empresas que atuam em um único município.

Em razão disso, é muito comum no setor ocorrer a terceirização ou o compartilhamento de serviços administrativos, tais como canais de atendimento e até de Ouvidoria, o que é devidamente estabelecido na própria regulamentação da ANS².

Por essa razão e considerando ainda as formalidades exigidas na regulamentação para promoção da exclusão de beneficiários ou cancelamento de contratos, pleiteia-se a fixação de um prazo de 10 (dez) dias (em analogia ao inciso II, do parágrafo único, do art. 13, da Lei 9.656/98), para se promover a efetiva exclusão do beneficiário em planos individuais/familiares.

Nos casos de planos de saúde coletivos devem-se respeitar as regras e condições de movimentações cadastrais definidas no contrato de plano celebrado entre a Operadora e a Pessoa Jurídica Contratante.

Por exemplo, se o contrato estabelece que as movimentações (inclusões e exclusões) devem ser solicitadas até o dia 20 de um mês para serem implementadas no 1º dia do mês subsequente, o beneficiário deverá ter ciência de que se solicitar ao contratante sua

² Art. 8º da Resolução Normativa - RN nº 323/13 e alterações



exclusão no dia 25 de um mês, essa somente será enviada para a Operadora junto da movimentação cadastral do dia 20 do mês subsequente.

No que tange a vedação de cobrança posterior, não é possível essa adoção no atual cenário do setor. Existem diversos casos em que a cobrança dos valores devidos é feita após o mês da assistência, em planos com mensalidades fixas (os chamados planos pré-estabelecidos), porém com pagamento posterior a disponibilização da assistência; em planos com as mensalidades variáveis em função da utilização (os chamados planos pós-estabelecidos), ou ainda em planos pré ou pós-estabelecidos, porém com previsão de coparticipações.

Nos casos de planos com as mensalidades variáveis em função da utilização (os chamados planos pós-estabelecidos), ou ainda em planos pré ou pós-estabelecidos, porém com previsão de coparticipações, a situação ainda se agrava, pois para o cálculo dos valores devidos a Operadora depende do recebimento das informações da assistência prestada pelos prestadores, que devido a realidade de cada município ou região do país, as formalidades exigidas na regulamentação de padrão de troca de informações, glosas, recursos de glosas, etc., podem demorar meses até chegarem a Operadora na forma de serem cobradas.

3. Direito de desistir da exclusão ou do cancelamento quando solicitado por via remota (telefone, carta, e-mail, etc.).

Considerando a dinâmica do mercado de saúde suplementar e das decisões que envolvem o acesso a recursos de saúde pelo beneficiário, essa possibilidade de desistência de um pedido de cancelamento não se apresenta viável. Isso, posto que, tal disposição poderia alterar o comportamento do beneficiário, que ao ser diagnosticado com alguma doença após solicitar o cancelamento do plano, se ampararia nesta regra para desistir do cancelamento, mantendo a cobertura enquanto durar o tratamento.

Este comportamento evidencia um tipo de assimetria de informação que descaracterizaria o mercado de seguro. Seria o mesmo, por exemplo, que um beneficiário de seguro de automóvel que solicitou o cancelamento da apólice, desistisse do seu pedido após seu carro ser furtado.



Na saúde suplementar o atendimento ao beneficiário não depende apenas de que a informação esteja disponível junto a Operadora. É indispensável que essa informação chegue até o prestador credenciado para o atendimento e isso pode levar tempo e demandar recursos limitados em muitos casos.

Não obstante, se considerarmos ainda as diferenças sócio econômicas e estruturais das várias regiões do país, especialmente saindo dos grandes centros urbanos para as regiões com grandes dificuldades de comunicação, o que é uma realidade em nosso país, essa possibilidade fica ainda mais inviável.

O beneficiário tem o direito de solicitar sua exclusão do plano e o fazendo de sua livre e espontânea vontade, não se apresenta razoável lhe ser garantido ainda o direito de desistir de sua manifestação de vontade, à sua liberalidade.

4. Disponibilização de comprovante do pedido de cancelamento por qualquer meio de comunicação (carta, e-mail, etc.) a ser optado pelo beneficiário.

Considerando as contribuições anteriores quanto a impossibilidade de utilização de meios não formais para a solicitação de exclusão de beneficiários, bem como, que na utilização dos meios formais o beneficiário já dispõe do comprovante da solicitação (se a solicitação é feita presencialmente já recebe o protocolo no mesmo momento; se a solicitação é feita por carta com AR, o próprio AR serve ao fim de comprovação), essa recomendação perde seu objeto, não havendo mais nada a acrescentar.

Todavia, eventualmente, apesar de todas as implicações decorrentes já ressaltadas, sendo tratadas outras formas de solicitação, é indispensável observar os diferentes tipos de contratação.

Por exemplo, para planos coletivos em que o beneficiário solicite sua exclusão junto a Pessoa Jurídica Contratante do plano, caberia a esta fornecer àquele a comprovação de envio do pedido a Operadora.



5. *Que seja assegurado ao consumidor a informação clara, adequada e precisa acerca das consequências de seu pedido de cancelamento, especialmente referente à perda de direitos (perda de carência, perda do exercício da portabilidade etc.).*

A prestação dessas informações no momento em que o beneficiário solicita a exclusão ou cancelamento pode gerar a errônea aparência de tentativa de assustar o beneficiário para que desista da solicitação.

Nesse sentido, pleiteia-se que essas consequências sejam previamente elencadas pela ANS e passem a ser incluídas nos novos contratos dos planos, na parte de perda da qualidade de beneficiário (para os casos de exclusão) e na parte de rescisão (apenas para os planos individuais/familiares).

Ademais, em razão dos contratos atuais que não dispõem dessas informações, pleiteia-se que essas informações sejam incluídas também no portal da Operadora na internet, ficando assim disponível ao acesso de qualquer pessoa.

Agradecemos a compreensão quanto ao exposto, ressaltando a importância e relevância dos temas em discussão.

Renovamos nossos protestos de estima e elevada consideração a esse Órgão Regulador.

Atenciosamente,

Associação Brasileira de Medicina de
Grupo – ABRAMGE

Arlindo de Almeida
Presidente

Sindicato Nacional das Empresas de
Medicina de Grupo – SINAMGE

Cyro Alves de Britto Filho
Presidente



ANEXO

Ementa: Procedimento de Notificação do consumidor inadimplente para fins de rescisão/suspensão contratual.

Questionamento:

1 – A NOTIFICAÇÃO reclamada pelo art. 13, p.u., II, da Lei 9656/98, pode ser veiculada no próprio boleto de pagamento das mensalidades, ou deve ser feita em documento em apartado?

2 – A NOTIFICAÇÃO deve ser feita por AR?

3 – A NOTIFICAÇÃO deve ser pessoal (personalíssima ou de mão própria), ou seja, tem de ser recebida pelo próprio consumidor contratante, ou pode ser recebida por terceiros (ex.: outros moradores da residência, porteiro do condomínio)?

4 – A NOTIFICAÇÃO deve consignar a data exata em que será feita a rescisão/suspensão, ou basta que indique que será feita em 10 dias a contar da NOTIFICAÇÃO?

5 – Considera-se feita a NOTIFICAÇÃO no dia de seu recebimento ou de sua postagem?

6 – A operadora deve aguardar o prazo de 10 dias entre a NOTIFICAÇÃO e a rescisão/suspensão mesmo em caso de várias NOTIFICAÇÕES sucessivas?

7 – A NOTIFICAÇÃO deve consignar o número de dias de inadimplência?

8 – A mera transcrição do art. 3, p.u., II, da Lei 9656/98, constitui-se em NOTIFICAÇÃO?

9 – O texto da NOTIFICAÇÃO deve afirmar peremptoriamente que o contrato, permanecendo a inadimplência, será rescindido/suspensão, ou basta mero aviso da possibilidade?

10 – No momento da rescisão/suspensão é necessário que o contratante esteja inadimplente, mesmo que ultrapassado os 10 dias de prazo?

Palavras-chave: Notificação - Rescisão - Suspensão - Aviso de Recebimento - Inadimplência

Conclusão: A Notificação exigida pelo art. 3, p.u., II, da Lei 9656/98 não pode ser veiculada no próprio boleto. Isto porque, quando a lei exigiu a “notificação” de inadimplência, quis o legislador um ato formal e não uma mera comunicação ou aviso. Nada impede, porém, que a notificação seja anexada ao boleto. Neste caso, o conteúdo deverá constar em apartado, para melhor clareza da informação ao consumidor.



Quanto à forma da notificação, a norma não pré-estabelece os seus moldes, entretanto, exige a efetiva comprovação. Sendo assim, não é exigível que seja realizada apenas por Aviso de Recebimento (AR), mas de maneira que a operadora possa comprovar inequivocadamente a ciência do beneficiário.

A norma não exige também que a notificação seja recebida apenas pelo beneficiário, mas a operadora deverá fazer prova de que encaminhou para o endereço correto e entregou a terceiro que ali reside ou trabalha.

Os dez dias para a rescisão/suspensão serão contados a partir do recebimento da notificação, e esta informação deverá estar contida na notificação, não havendo necessidade/possibilidade de constar a data exata, pois não há como se precisar o início da contagem até que seja recebido pelo beneficiário.

Mesmo em caso de notificações sucessivas a operadora sempre deverá aguardar o decurso de 10 dias.

A mera descrição do art. 13, p.u., II, da Lei 9656/98 não constitui a notificação, pois não cumpre o objetivo da norma que é informar o beneficiário do seu inadimplemento e das consequências advindas deste, caso o beneficiário permaneça inerte.

O texto deverá ser claro quanto à possibilidade de rescisão, informando inclusive que tal consequência é permitida expressamente por lei.

Ao decidir pela rescisão do contrato, a operadora deverá se resguardar de que a beneficiário não adimpliu com suas obrigações neste interregno de tempo, pois caso contrário, deverá notificá-lo novamente.

Por fim, para o início da contagem dos últimos 12 meses de inadimplência, cumpre informar que será considerado o dia em que se implementa o 60º dia de inadimplemento.

Exemplificando, para melhor elucidação: Se o beneficiário completa 60 dias de inadimplemento no dia 1º de novembro de 2011, deve-se levar em conta os dias de atraso do dia 1º de novembro de 2010 em diante.