



**15**  
anos

# **REGULAMENTAÇÃO DO PEDIDO DE CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

## **Principais Contribuições**

**Câmara Técnica – 2ª reunião**

# REGRAS PARA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

## PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES:

**ABRAMGE/FENASAÚDE/SINOG/UNIMED DO BRASIL/UNIMED-RIO** → Apenas o beneficiário titular (contratante), pode solicitar o cancelamento do contrato/exclusão de dependentes. O dependente (responsável financeiro) poderia solicitar sua exclusão do plano após o falecimento do beneficiário titular.

- **FENASAÚDE** → O beneficiário deve ser informado sobre os meios disponíveis para solicitação do cancelamento do plano de saúde.

## PLANOS COLETIVOS:

**ANAB** → a exclusão do plano de saúde pode ser solicitada de forma presencial; através do *site* da Administradora de Benefícios; de carta escrita de próprio punho; ou e-mail com protocolo de recebimento da Administradora de Benefícios.

**ABRAMGE/UNIMED DO BRASIL/UNIMED-RIO** → somente o beneficiário titular pode solicitar a sua exclusão ou a de seus dependentes, devendo a solicitação ser feita somente à Administradora de Benefícios nos planos contratados através da mesma.



## REGRAS PARA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

**UNIMED DO BRASIL** → o beneficiário titular deve solicitar a exclusão através de contato presencial com a administradora ou acesso ao seu site, que repassaria à operadora a solicitação e seria responsabilizada por eventuais atendimentos realizados em função da sua negligência.

**SINOG** → a exclusão do plano de saúde deve ser encaminhada à **pessoa jurídica contratante** ou à **administradora de benefícios** por serem as pessoas jurídicas responsáveis pela inclusões/exclusões de beneficiários.

**FENASAÚDE** → O beneficiário deve ser informado de que o pedido de exclusão deve ser **formalizado pela pessoa jurídica contratante**, que determinará como irá recepcionar os pedidos de exclusão do plano de saúde. **Quando há participação da Adm. de Benefícios, devem ser verificadas atribuições acordadas entre a mesma e a pessoa jurídica contratante. A operadora somente poderá processar os pedidos formalizados pela contratante** (art. 18, da RN nº 195), salvo exceções (ex arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98).

**PROTESTE/SENACON** → Nos planos de saúde intermediados por Administradoras de Benefícios, os pedidos de exclusão poderão ser apresentados tanto às Operadoras, como às Administradoras de Benefícios, a critério do consumidor.



## FORMAS DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/ EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

**FENASAÚDE** → O pedido que não observar as regras estabelecidas, não será aceito.

- **Cancelamento presencial**: não há óbice, caso a operadora possua estrutura para tal atendimento.
- **Telefone/SAC**: somente poderia ser requerido às operadoras que realizem a venda do plano por meio deste canal. A gravação da ligação deve ser aceita como prova do pedido de cancelamento.
- **Carta/E-mail**: não há óbice. Cartas não registradas (com aviso de recebimento - AR) ou protocolizadas na operadora ou mensagens por e-mail podem se extraviar não sendo recebidas pelas operadoras.
- **Página da operadora na internet**: Algumas operadoras adotam apenas carta protocolada ou formulário no portal para comprovar o pedido, visto que em demandas judiciais é incitada a apresentar comprovação. Nem todas as operadoras têm seus sites preparados para executar essa funcionalidade.

**SENAÇON** → Os pedidos apresentados presencialmente, por carta, e-mail, via Internet, através do site da Operadora ou pelo SAC **devem ser processados imediatamente pelas Operadoras e/ou Administradoras de Benefícios.**



## FORMAS DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/ EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

**PROTESTE/SENACON** → Deve ser estabelecida a obrigatoriedade de instalação de canais gratuitos de atendimento ao consumidor (SACs) nas Operadoras e/ou nas Administradoras de Benefícios (SENACON).

- **PROTESTE** - Esses SACs devem atender 24 horas e 7 dias/semana, pois são importantes canais de acesso do consumidor (para autorizações, agendamentos de consultas e procedimentos, informações sobre a rede credenciada, etc) e sua instalação facilitará a definição de critérios para resposta quanto às solicitações de cancelamento do plano de saúde, tais como o fornecimento de protocolo, prazos para respostas, etc. Devem ser admitidas as solicitações feitas presencialmente, por carta, SAC., correio eletrônico ou internet, pois deve ser garantido ao consumidor fácil acesso à Operadora.

**SINOG** → Solicitação deve ser possibilitada por meios, ainda que remotos, que garantam a **confidencialidade, integridade e a autenticidade**, o que não é possível por vias como telefone ou e-mail que não esteja previamente cadastrado, em função da possibilidade de qualquer pessoa se passar como titular do plano para utilizar qualquer meio para cancelar o contrato.

- **Cancelamento do plano de forma imediata** → quando feito por atendimento pessoal deve respeitar as movimentações cadastrais e como garantir os pagamentos referentes à cobertura e até mesmo por rescisão antes da vigência mínima.



## FORMAS DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/ EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

**PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES:** → só seria possível caso o beneficiário ao fazer o pedido, garantisse, através da devolução da carteirinha que não haverá acesso aos serviços após o pedido, pelo que é razoável estabelecer um aviso prévio na rede própria e credenciada.

**PLANOS COLETIVOS** → não é possível, uma vez que o pedido não é apresentado na operadora, sendo necessário aguardar as movimentações cadastrais - o pedido encaminhado após o envio dos comunicados de inclusão/exclusão de beneficiários à operadora, somente poderá ser atendido no mês subsequente.

**UNIMED DO BRASIL** → o cancelamento/exclusão do plano deve ser formal, protocolar, com segurança, e por isso, **somente a forma presencial deve ser admitida** para este fim. Alternativamente, poderia ser dado um prazo para estudar a viabilidade tecnológica para inserir no site das operadoras um canal específico para este fim no qual seria disponibilizado um formulário eletrônico para ser preenchido pelo beneficiário.

**UNIMED-RIO** → Todas as formas de solicitação citadas (presencial, por carta, SAC, e-mail ou página da operadora/administradora na internet) são admitidas, todavia, a solicitação pelo portal da Operadora ou Administradora, com geração de protocolo, seria o meio mais eficaz.



## INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO/EXCLUSÃO

- FENASAÚDE** → a) O ingresso em novo plano poderá importar no **cumprimento de novo período de carência e em análise de existência de DLP, podendo incidir CPT;**
- b) **Perda do exercício do direito à portabilidade de carências;**
- c) **Caráter irrevogável do cancelamento;**
- d) **Necessidade de devolução da carteirinha ou sua inutilização, sob o risco de cobrança no caso de utilização realizada após o cancelamento/exclusão, conforme condições contratuais;**
- e) **São devidas as contraprestações pecuniárias referentes ao período anterior ao cancelamento;**
- f) **O cancelamento do beneficiário titular implica em cancelamento automático dos beneficiários dependentes;**
- g) **Portabilidade especial para os casos de beneficiários inativos (arts. 30 e 31 da Lei).**
- h) **Desconsiderar o recebimento de boleto após o pedido de cancelamento uma vez que sua emissão pode ter ocorrido antes da solicitação (planos coletivos).**
- **Divulgação destas informações no portal da operadora de forma permanente para consultas, no SAC (caso seja um canal disponibilizado pela Operadora), caso contrário, deverá prestar as informações determinadas na regulamentação em todas as consultas acerca do tema. Nos planos coletivos, devem ser prestadas ao beneficiário titular pelo contratante e pelo SAC. Caso a operadora disponibilize atendimento presencial, o atendente pode ratificar as informações.**



## INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO/EXCLUSÃO

**ABRAMGE** → Devem ser **elencadas pela ANS e incluídas nos novos contratos** (perda da qualidade de beneficiário e em rescisão, se individual ou familiar). Como **os contratos atuais não possuem essas informações, devem ser incluídas também no portal da Operadora na internet.**

**ANAB** → As Adm. de Benefícios podem disponibilizá-las no seu portal na internet, através do SAC e de e-mails, além de mantê-las nos manuais dos beneficiários ou na proposta de adesão.

**PROTESTE** → O consumidor deve ser devidamente **informado acerca das consequências do cancelamento do seu plano de saúde no momento da formalização do seu pedido assim como no comprovante do recebimento do pedido de cancelamento/exclusão.**

**SENACON** → Perda dos direitos adquiridos, em relação às carências cumpridas e possibilidade de troca de plano de saúde (portabilidade de carências) → disponibilização das informações aos consumidores no **momento** da solicitação de cancelamento e na **forma** da solicitação;

**SINOG** → o ideal é que as consequências do pedido do cancelamento estejam contempladas **no portal da ANS na internet** e poderiam ser contempladas nos contratos que forem celebrados a partir de um determinado lapso temporal do normativo que vier a tratar dessa matéria.





## INFORMAÇÃO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO/ EXCLUSÃO/ EMISSÃO DO COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO

**UNIMED DO BRASIL/UNIMED-RIO** → As operadoras deverão enviar aos beneficiários as seguintes informações: **perda das carências e do direito à portabilidade, que o cancelamento não dá quitação a mensalidades ou valores não pagos (ex. coparticipação), e que após o cancelamento eventuais despesas na rede de prestadores deverão ser custeadas exclusivamente pelo contratante.**

**UNIMED-RIO** → A operadora deverá cientificar o beneficiário dos riscos existentes em decorrência da sua manifestação de vontade no momento de sua solicitação.

**ABRAMGE/FENASAÚDE/UNIMED DO BRASIL/UNIMED-RIO** → **Presencial** – o beneficiário titular **receberia protocolo neste momento**, que servirá como prova irrefutável do pedido e conterá informações importantes sobre o cancelamento/exclusão do plano de saúde (Unimed do Brasil).

**ABRAMGE** → se é feita por **carta com AR**, o próprio **AR** é o comprovante.

**FENASAÚDE** → **carta/e-mail**: a operadora enviaria carta (e-mail) ao segurado titular;  
**telefone/SAC**: a **gravação da ligação** deve ser aceita como prova do pedido de cancelamento;  
**SAC/página da operadora na internet**: **deverá ser emitido protocolo do atendimento.**



## EMISSÃO DE COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO

**SINOG** → Desnecessário emitir comprovante, pois o beneficiário o terá quando solicitar o cancelamento (AR, quando emitir carta, o carimbo no atendimento presencial, etc).

**SENACON/PROTESTE** → Emissão do comprovante do pedido – por mensagem de texto, correio eletrônico, correspondência ou qualquer outro meio, a critério do consumidor.

### PLANOS COLETIVOS:

**ABRAMGE** → caberia à pessoa jurídica contratante **fornecer ao beneficiário a comprovação de envio do pedido à operadora;**

**FENASAÚDE** → **Coletivo Empresarial** - A Central de Atendimento das operadoras forneceria as informações e emitir o protocolo de atendimento.

**Coletivo por Adesão** - a operadora encaminharia o protocolo ao contratante, que o enviaria ao beneficiário.

**UNIMED-RIO** → a **comprovação se dará através do lote de processamento dos cancelamentos**, enviados pela Contratante ou Administradora de Benefícios.

**ANAB** → Nas solicitações **pelo portal da adm. de benefícios/e-mail**, a **confirmação deve ser enviada com número de protocolo para que o consumidor possa acompanhar o seu pedido.**

# REGRAS PARA O PROCESSAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO

## PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES:

**ABRAMGE** → prazo de 10 dias (art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98), para promover a exclusão do beneficiário;

**UNIMED DO BRASIL** → os pedidos sejam efetivados no último dia de vigência da última mensalidade. Ex: o período de 5/01 a 4/02 já foi pago pelo beneficiário, e este fez o pedido no dia 20/01, o plano será cancelado no dia 4/02 e até esta data ele terá cobertura para todos os atendimentos.

**UNIMED-RIO** → Cancelamento imediato, com a data de exclusão para o último dia de cobertura de seu último pagamento ou igual à data de solicitação, caso este esteja inadimplente.

## PLANOS COLETIVOS:

**ANAB** → Planos coletivos em pré-pagamento – prazo de até 15 dias do início da sua cobertura mensal para fazer o pedido, assegurada a cobertura até o último dia do mês de cobertura, mesmo após a realização do pedido - deve ser encaminhado à Adm. de Benefícios, quando ela for a responsável pela movimentação cadastral e pela cobrança do consumidor.

# REGRAS PARA O PROCESSAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO

**ABRAMGE** → respeitar as regras de movimentação cadastral definidas no contrato.

**UNIMED DO BRASIL** → devem ser respeitadas as datas de movimentação cadastral pactuadas entre a operadora e a pessoa jurídica contratante (Ex: as inclusões/exclusões devem ser solicitadas até o dia 20 de cada mês para serem efetivadas no dia 1º).

**UNIMED-RIO** → prazo de até 72h para processamento da solicitação a partir do seu recebimento pela CONTRATANTE ou pela Administradora, com a efetiva data de exclusão igual ao término de sua cobertura de pagamento.

## PLANOS EM PRÉ-PAGAMENTO

**SENACON** → a operadora deverá restituir proporcionalmente os valores já pagos, referente ao período existente entre o pedido e o final do mês já adimplido pelo consumidor, salvo se este optar expressamente pela continuidade da cobertura até o final do mês já pago.

**SINOG** → a mensalidade é cobrada após a disponibilização do serviço – 1º pagamento ocorre no início da vigência e o último, após o término da cobertura.

# REGRAS PARA O PROCESSAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO

## Outras formas de processamento:

- **FENASAÚDE** → O pedido do beneficiário titular **pode ser atendido:**
  - a) de forma imediata ou no prazo de 5 dias úteis (para processar o pedido com as informações completas) com cobrança/devolução de valores *pro rata*;
  - a) no último dia do mês de competência, sem pagamento/devolução de valores, se o pedido for formalizado em até 10 dias úteis de antecedência.

**Ambas as alternativas sejam disponibilizadas**, conforme previsto na relação entre operadoras e contratantes.

Há um **lapso temporal** na comunicação do contratante ou Adm. de Benefícios à operadora, havendo um **descasamento** entre a efetiva data de solicitação do beneficiário titular e a data do processamento da exclusão.

- **SENACON** → Pedidos sem intervenção de atendente - processamento automático e efeito **após um prazo razoável** (ex: 2 dias úteis), no qual poderá ser cancelado o pedido. O consumidor deve ser **alertado de que pode ser cobrado pelo pagamento de serviços usufruídos neste prazo.**



## REGRAS PARA O PROCESSAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO

- **SINOG** → **Planos mistos/em pós-pagamento** → o valor das mensalidades é auferido após a operadora receber as cobranças das utilizações, logo, **após o cancelamento, ela poderá receber cobranças dos prestadores sobre utilizações ocorridas na época da vigência contratual.**

**Planos com fator moderador financeiro** → os pagamentos devidos ao plano somente se encerram quando todos os prestadores enviarem as utilizações daquele beneficiário.

- **UNIMED DO BRASIL** → **Não há como operacionalizar que o pedido tenha efeito imediato,** pois é necessário avisar toda a rede de prestadores sob risco de ocorrerem atendimentos após o cancelamento/exclusão que a operadora teria de suportar.

### COBRANÇAS APÓS O CANCELAMENTO/EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

**ABRAMGE** → **Inviabilidade de não realização de cobrança após o cancelamento/exclusão do beneficiário,** pois a Operadora fica aguardando as informações da assistência encaminhadas pelos prestadores.

## REGRAS PARA O PROCESSAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO

**UNIMED DO BRASIL** → Deve ser permitida após o cancelamento/exclusão do beneficiário a cobrança de coparticipações ou franquias ainda não cobradas ou quitadas.

**SENACON** → É vedado às Operadoras e/ou Adm. de Benefícios a realização de quaisquer cobranças referente a mensalidades e/ou serviços prestados após o pedido, assumindo o ônus de eventuais encargos, inclusive perante os Prestadores de Serviços de Saúde.

### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA APÓS A SOLICITAÇÃO

**FENASAÚDE** → A cobertura será garantida até o término da vigência do beneficiário no plano (atendimento até a data do cancelamento).

**UNIMED DO BRASIL** → Se a data de solicitação do procedimento for anterior à data da exclusão do beneficiário, este terá direito aos atendimentos.

Ex.1: Ind/Fam – solicitou no dia 05 e seu atual pagamento é válido até o dia 10, os atendimentos serão autorizados até o dia 10 (data da exclusão).

Ex.2: Coletivos – terá os atendimentos liberados até a data de cobertura do pagamento do mês da solicitação. Ex. pedido feito dia 20, data de exclusão dia 30 = último de cobertura do pagamento da última fatura.



## DIREITO DE ARREPENDIMENTO

**ABRAMGE/FENASAÚDE/SINO/UNIMED DO BRASIL/UNIMED-RIO** → Impossibilidade de desistência do pedido, pois o beneficiário que fosse diagnosticado com alguma doença após o pedido, buscaria desistir do cancelamento, mantendo a cobertura enquanto durar o tratamento. A desistência destinaria a assistência do plano de saúde à cobertura, não de um evento futuro e incerto, mas de uma necessidade conhecida do consumidor.

**FENASAÚDE** → o beneficiário titular deve ser informado de que o pedido é irrevogável.

**UNIMED-RIO** → o beneficiário foi orientado pela operadora sobre as consequências do seu pedido.

A desistência acarretaria um impacto operacional e financeiro agressivo para as operadoras, no próprio gerenciamento da carteira, ocasionando uma irregularidade no que tange na prestação obrigatória de informação periódica à ANS.

O direito ao arrependimento não é aplicável a uma cobertura securitária (não há arrependimento em seguros de automóvel, seguro garantia, residencial, etc. Muitas vezes, alguns beneficiários agem de má fé, solicitam a reativação do contrato, por necessitar de atendimento ou descobrir ser portador de alguma doença crônica.



## DIREITO DE ARREPENDIMENTO

**ANAB** → O direito deve ser garantido **até o último dia do mês de cobertura** e reestabelecerá o direito ao plano de saúde nas mesmas condições de carências e CPT existentes quando da solicitação.

A Adm. de Benefícios deverá no **prazo de 5 dias úteis** a contar da data do recebimento, encaminhar o pedido à Operadora.

**PROTESTE** → Pode ser exercido no prazo para processar o pedido de cancelamento/exclusão do plano de saúde (devem estar cobertos todos os atendimentos).

**Obrigado**  
**ggeop.dipro@ans.gov.br**  
**GEMOP/GGEOP/DIPRO**

<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camara-tecnica-da-regulamentacao-do-pedido-de-cancelamento-exclusao-de-beneficiarios-em-planos-de-saude>



**15**  
anos

Ministério da  
**Saúde**

