



São Paulo, 30 de abril de 2015.

ABR.029/15 – SIN.006/15

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 2ª 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 2ª Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde, ocorrida no dia 30/03/2015.

Inicialmente, antes de adentrarmos em nossas contribuições para o assunto determinado a essa Câmara Técnica, cumpre-nos reiterar nosso pleito quanto à ampliação do escopo desta Câmara 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 ou, na impossibilidade de ampliação do escopo desta Câmara em razão do fundamento de sua constituição, nosso pleito de 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 ocorridas na 2ª reunião, primeiramente indicamos nosso apoio quanto à posição manifestada pela ANS de que **o objetivo dessa Câmara não é o de se estabelecer meios obrigatórios a serem disponibilizados pelas Operadoras para que o beneficiário manifeste seu desejo de ser excluído do plano de saúde, de forma que as Operadoras não serão obrigadas a criar novos canais de atendimento que atualmente não disponham**, o que se apresentava como uma das principais preocupações do setor, especialmente para as Operadoras de pequeno e médio porte.

Nesse sentido, nosso pleito é de que reste claro na regulamentação a ser editada, que os meios (canais de atendimento) a serem disponibilizados para que o beneficiário possa solicitar sua exclusão do plano, ficam a critério da Operadora, de acordo com sua realidade e suas disponibilidades técnicas e econômicas/financeiras, de forma que as disposições regulamentares deverão ser observadas conforme os canais de atendimento que a Operadora disponibilizar.

Por sua vez, quanto aos encaminhamentos propostos pela ANS para tratamento do pedido de exclusão feito pelo beneficiário, através dos canais de atendimento que a Operadora eventualmente disponibilize, seguem nossas contribuições.

- 1. Primeiro Cenário proposto pela ANS onde o pedido é feito pelo beneficiário de forma presencial diretamente junto a Operadora do Plano: cancelamento de forma imediata; 10 dias úteis para Operadora enviar comprovante da solicitação de exclusão; e 90 para efetuar a cobrança dos valores eventualmente devidos.*

No que tange ao cancelamento ocorrer de forma imediata, cumpre-nos reiterar que devido à diversidade existente na saúde suplementar, especialmente em função da existência de milhares de Operadoras, de todos os portes, inclusive pequenas empresas



que atuam em um único município, 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 ANS¹.

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) ou mesmo de 07 (sete) dias úteis (em analogia a proposta da ANS feita ao pedido de cancelamento remoto), 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 exclusão no dia 25 de um mês, essa somente será enviada para a Operadora junto da movimentação cadastral do dia 20 do mês subsequente.

Quanto ao envio do comprovante, quando o beneficiário faz sua solicitação de forma presencial, ele já dispõe do comprovante da solicitação (se a solicitação é feita presencialmente já recebe o protocolo no mesmo momento). Nesse sentido, em nosso entendimento não haveria mais nada o que enviar ao beneficiário a título de comprovação da solicitação.

No que tange à fixação de prazo de 90 dias para cobrança, não é possível essa adoção no atual cenário do setor. Existem diversos casos em que a cobrança dos valores devidos é enviada pelo prestador à Operadora após esse prazo, considerando o fluxo e os meios disponíveis para troca de informação entre a Operadora e seus prestadores,

¹ Art. 8º da Resolução Normativa - RN nº 323/13 e alterações



especialmente quando o prestador se localiza em município do interior do país, de difícil acesso.

Ademais, também deve ser considerando que a própria regulamentação da ANS que regula a relação com os prestadores determina a previsão em contrato dos procedimentos de cobrança e de conferência de faturas, de glosas, de recursos de glosas, respostas a recursos de glosas, etc., sendo que para cada um deles deve ser fixado um prazo razoável que possibilite a utilização adequada de cada etapa. Nesse sentido, é imprescindível considerar todo esse trâmite que, sem nenhuma dúvida, ultrapassa e muito o prazo de 90 dias.

Não obstante, imperioso destacar que a legislação civil já estabelece os prazos prescricionais a serem observados para cada tipo de cobrança. Impõe-se, pois, que a regulamentação infralegal, esteja adequada a previsão legal, razão pela qual, nosso pleito é de alinhar o prazo prescricional para esse caso com os prazos estabelecidos na legislação civil.

Por fim, pugna-se indispensável estabelecer neste cenário 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 junto a Operadora. 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 diretamente junto a Operadora 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. Segundo Cenário proposto pela ANS onde o pedido é feito pelo beneficiário de forma remota diretamente para a Operadora do Plano por meio dos seus canais de atendimento disponíveis: 07 dias úteis para confirmação da identificação do beneficiário solicitante e respectivo cancelamento do plano; 10 dias úteis para Operadora enviar comprovante da solicitação de exclusão; e 90 para efetuar a cobrança dos valores eventualmente devidos.*

Reiteramos a necessidade de se deixar claro que os 07 (sete) dias úteis mencionados não são apenas para confirmação da identificação do beneficiário, de forma que a exclusão ocorresse imediatamente após a confirmação da identidade. O prazo de 07 (sete) dias úteis deve ser para a efetiva exclusão do beneficiário do plano, servido esse prazo para confirmar a identidade do beneficiário e promover as ações necessárias para essa efetiva exclusão.



Ademais, quanto ao prazo de 90 dias para cobrança dos valores eventualmente devidos, reiteramos manifestação feita no cenário anterior.

3. Terceiro Cenário proposto pela ANS onde o pedido é feito pelo beneficiário para a Administradora de Benefícios: A Administradora teria 02 dias úteis para encaminhar o pedido à Operadora, que por sua vez, teria 07 dias úteis para confirmação da identificação do beneficiário solicitante e respectivo cancelamento do plano; 10 dias úteis para Operadora enviar comprovante da solicitação de exclusão; e 90 para efetuar a cobrança dos valores eventualmente devidos.

O prazo para a Administradora de Benefícios encaminhar o pedido à Operadora deve respeitar as regras e condições de movimentações cadastrais definidas no contrato de plano celebrado entre a Operadora e a Administradora, sob pena de inviabilizá-la, uma vez que o volume de informações transacionados é importante e descasaria os prazos de envio desse pedido em relação às demais informações.

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

Além disso, reiteramos pleito de que, para planos coletivos empresariais ou coletivos por adesão contratados por intermédio de uma Administradora de Benefícios, 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.



Quanto aos procedimentos a serem adotados pela Operadora a partir do pedido encaminhado pela Administradora, reiteramos as considerações feitas nos cenários 1 e 2.

4. *Em qualquer caso, inclusive quando o pedido vem da Pessoa Jurídica Contratante, a Operadora deve encaminhar ao beneficiário comprovante da solicitação de exclusão, exceto no caso do pedido vier por carta com aviso de recebimento (AR), já que nesse caso o próprio AR serve de comprovante. Ademais, quando o pedido for realizado através do portal ou e-mail da Operadora, o comprovante deve ser gerado e encaminhado de forma automática.*

Reiteramos que, nos casos em que o beneficiário faz sua solicitação de forma presencial, ele já dispõe do comprovante da solicitação (se a solicitação é feita presencialmente já recebe o protocolo no mesmo momento). Nesse sentido, o pleito é de a exceção para dispensa de envio de comprovante, contemplar também esse caso.

Ademais, entendemos ser 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.

Imperioso reiterar a necessidade de que reste claro na regulamentação a ser editada, que os meios (canais de atendimento) a serem disponibilizados para que o beneficiário possa solicitar sua exclusão do plano, ficam a critério da Operadora, de acordo com sua realidade e suas disponibilidades técnicas e econômicas/financeiras, de forma que as disposições regulamentares deverão ser observadas conforme os canais de atendimento que a Operadora disponibilizar.

5. *Consequências em face do pedido de exclusão serão previstas no próprio Portal da ANS, devendo também estarem presentes no Portal Corporativo das Operadoras na internet.*

Manifestamos concordância com a proposta da ANS.



6. Nos casos de solicitação de exclusão por meios remotos, preferencialmente, a resposta da Operadora deveria ocorrer por meio do SAC.

Essa disposição somente seria possível para os casos em que a Operadora possua esse recurso de SAC, tendo em vista tudo que já fora exposto.

Ademais, para garantir eficácia a essa disposição, seria necessário estabelecer expressamente na norma a dispensa da redução a termo da resposta da Operadora, quando essa for prestada por meio do SAC. Sem essa previsão, além da perda de sua eficácia, a regra apenas geraria um aumento desnecessário de custos para as Operadoras, que acabariam tendo de prestar a resposta por dois meios distintos.

7. Pedidos realizados através do SAC teriam cancelamento imediato

No que tange ao cancelamento ocorrer de forma imediata, cumpre-nos reiterar que devido à diversidade existente na saúde suplementar, especialmente em função da existência de milhares de Operadoras, de todos os portes inclusive pequenas empresas que atuam em um único município, 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, mesmo em cancelamentos solicitados por meio do SAC, é indispensável a fixação de um prazo entre a solicitação e a efetiva exclusão, que pode ser o mesmo especificado para os demais casos, qual seja, de 07 (sete) dias úteis, 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.

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



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

8. Fixação do prazo de 90 dias para cobrança

No que tange a fixação de prazo de 90 dias para cobrança, não é possível essa adoção no atual cenário do setor. Existem diversos casos em que a cobrança dos valores devidos é enviada pelo prestador à Operadora após esse prazo, considerando o fluxo e os meios disponíveis para troca de informação entre a Operadora e seus prestadores, especialmente quando o prestador se localiza em município do interior do país, de difícil acesso.

Ademais, também deve ser considerando que a própria regulamentação da ANS que regula a relação com os prestadores determina a previsão em contrato dos procedimentos de cobrança e de conferência de faturas, de glosas, de recursos de glosas, respostas a recursos de glosas, etc., sendo que para cada um deles deve ser fixado um prazo razoável que possibilite a utilização adequada de cada etapa. Nesse sentido, é imprescindível considerar todo esse trâmite que, sem nenhuma dúvida, ultrapassa e muito o prazo de 90 dias.

Não obstante, imperioso destacar que a legislação civil já estabelece os prazos prescricionais a serem observados para cada tipo de cobrança. Impõe-se, pois, que a regulamentação infralegal, esteja adequada a previsão legal, razão pela qual, nosso pleito é de alinhar o prazo prescricional para esse caso com os prazos estabelecidos na legislação civil.

9. Direito de arrependimento não se aplica na saúde suplementar

Manifestamos concordância com a proposta da ANS.



10. Divulgar no Portal Corporativo da Operadora na internet, os meios disponibilizados pela Operadora (seja quais forem) e respectivos prazos relacionados ao pedido de exclusão do plano.

No que tange aos planos individuais/familiares, manifestamos concordância com a proposta da ANS.

Contudo, no que tange aos planos 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. Nesse sentido, pleiteia-se que, para planos coletivos, conste no site apenas a informação de que os pedidos de exclusão devem observar as regras estabelecidas no contrato celebrado entre a Operadora e a Pessoa Jurídica Contratante.

11. Criação pela ANS de sanção específica para as Operadoras que descumprirem as obrigações estabelecidas

Manifestamos concordância com a proposta da ANS.

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

Cyro Alves de Britto Filho
Presidente

Sindicato Nacional das Empresas de
Medicina de Grupo – SINAMGE

Reinaldo Camargo Scheibe
Presidente