

"Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde"

(2ª Reunião - 30/03/2015)

DR. ABRAHÃO - primeiro, boa tarde a todos e a todas, gostaria de agradecer a presença de vocês, dizer que nós já conversamos com a equipe nos últimos 15 dias, discutimos um pouco das propostas que foram enviadas por vocês, e na realidade o objetivo hoje é que o Rafael e a equipe dele vai fazer a apresentação do que vocês encaminharam, vamos procurar discutir essas propostas, pautado nisso a equipe fez um resumo, vamos dizer assim, de uma contraproposta, a gente sabe que vão ter pontos positivos, pontos negativos, mas nós estamos aqui implementando um novo momento na DIPRO em que a gente quer exaustivamente discutir todas as propostas que se apresentarem, então a gente terá essa apresentação de hoje, essas contrapropostas pra serem já trabalhadas, algumas coisas discutidas hoje, e a gente volta dentro de mais ou menos 30 a 45 dias pra que dentro do possível possamos realmente ter, então, uma consulta já mais equânime, mais dentro do objetivo de todos nós, o que eu gostaria e pedir é que a gente não se furte de exaurir as discussões pra que a gente possa construir uma resolução que venha a atender de forma melhor os nossos beneficiários, sempre preocupados com a qualidade da assistência que a gente tem que proporcionar, nós estamos fazendo algumas alterações no regimento, que elas deverão dentro de mais alguns dias estarem públicas, o Rafael assume toda essa parte dessa gerência, a Tanaka é uma assessora ligada a mim e ligada à Lenise, que vai passar a ser a diretora adjunta da DIPRO, o Barroca passa para um

cargo de assessoramento especial, então, essas pessoas estão vindo conosco pra agregar valor, que já estavam trabalhando conosco na DIGES, pra que a gente a cada dia criar um órgão regulador melhor, sempre focado na sustentabilidade não só econômica, mas na sustentabilidade assistencial da melhor qualidade que possamos proporcionar aos nossos beneficiários, e a gente está à dispor de todas as instituições e qualquer um de vocês para que possamos conversar, desejo, então, que a gente tenha uma tarde profícua, bons trabalhos, e que a gente possa estar desarmados para construir uma proposta o mais adequada possível.

RAFAEL - obrigado Dr. Abrahão. Pessoal, boa tarde a todos, agradeço a presença novamente, Dr. Abrahão já o fez, e antes de mais nada queria pedir desculpas pelo adiamento da Câmara Técnica, a gente teve que fazer um adiamento pra concatenar melhor a nossa agenda inicial, início de ano, e pra organização, mas esse período que nós adiamos do início de fevereiro para o finalzinho de março, a gente aproveitou pra aprofundar as discussões do grupo interno que formamos aqui na ANS, com participação de todas as diretorias, justamente pra no dia de hoje nós já apresentarmos, depois das apresentações que estão no cronograma, algumas propostas de encaminhamento, pra quê, essas propostas, a ideia não é ainda fechar de forma estanque, como é que vai ser com os encaminhamentos, mas sim trazer à discussão os pontos que, aqui internamente, após principalmente as contribuições de vocês da primeira reunião desta câmara técnica, que foi no final do ano passado, a gente elencou alguns pontos, podem estar faltando alguns, alguns outros podem estar sendo discutidos, melhorados, mas a ideia é a gente ver como a gente vai caminhar pra construir uma proposta,

como o Dr. Abrahão falou aqui, que façamos uma terceira reunião, e posteriormente seguir todo o rito da consulta pública, que os senhores e senhoras já conhecem, sem mais delongas, vou passar a palavra pra Cristiane Arruda, que é coordenadora, ela vai fazer uma breve apresentação sobre as contribuições, depois a gente vai abrir a palavra, de acordo com o cronograma que aí está, a gente vai fazer essa apresentação no sentido de ser bem breve mesmo, mas pra que todo mundo saiba o que os outros players mandaram pra gente, contribuições dos outros, pra que gente possa caminhar nas discussões, principalmente depois dando oportunidade pra vocês falarem. Cris, por favor.

CRISTIANE ARRUDA - boa tarde a todos, eu vou tentar ser o mais breve possível, já que temos que ser breves, o primeiro ponto que eu abordei foi a solicitação como as entidades que mandaram contribuições entendem que deve ser solicitado o cancelamento ou exclusão do plano. Nos planos individuais a Abramge, Fenasaúde, Sinog, Unimed Brasil, Unimed Rio entendem que somente o titular pode solicitar o cancelamento ou exclusão, e que o dependente, como responsável financeiro solicitaria a exclusão após o falecimento do titular, a Fenasaúde entende, além disso, que o beneficiário deve ser informado sobre os meios disponíveis para a solicitação de cancelamento, aqui é importante frisar que em consonância com outros normativos, o 195, 86, 254, o beneficiário dependente ele também poderia solicitar a sua exclusão do plano de saúde. Nos planos coletivos, a Anab entende que a solicitação pode ser feita de forma presencial, através do site da administradora, através e carta, através de email, com protocolo de recebimento pela administradora, A Abramge, Unimed do Brasil e Unimed Rio entendem que somente o

titular pode solicitar a sua exclusão ou de algum dependente, devendo a solicitação ser feita somente à administradora quando ela estiver participando da relação contratual, a Unimed do Brasil entende que só titular pode solicitar, através de contato presencial com operadora ou administradora, no caso, se for administradora, esta repassaria à operadora a solicitação e a própria administradora responderia se houver atendimento médico realizado em função da própria administradora não ter repassado essa solicitação de cancelamento à operadora, a Sinog entende que deve ser encaminhada à pessoa jurídica contratante o pedido, ou à própria administradora de benefícios, por serem as pessoas jurídicas que fazem a inclusão ou exclusão de beneficiários, a Fenasaúde já entende que o beneficiário deve ser informado e o pedido de exclusão deve ser formalizado pela pessoa jurídica contratante, que ela é que determina como vai recepcionar os pedidos de exclusão do beneficiário, quando a administradora participa dessa relação devem ser verificadas o que foi acordado entre a pessoa jurídica contratante e a própria administradora, e ressalta que com amparo no artigo 18 da 195, a operadora somente poderia processar os pedidos formulados pela pessoa jurídica contratante salvo no caso do artigo 3031, que o beneficiário encaminharia direto à operadora.

MOMENTO SEM ÁUDIO - VERIFICAÇÃO DE ALGUM PROBLEMA QUE TERIA OCORRIDO NA APRESENTAÇÃO.

RAFAEL - só um minutinho pessoal, está havendo um problema informático aqui, já pedi pra alguém ver.

CRISTIANE ARRUDA - bem, voltando aqui com a Fenasaúde, já havia falado, e a Proteste e a Senacon entendem que nos planos intermediados pela administradora, mesmo assim os pedidos poderiam ser formulados, tanto as operadoras quanto as administradoras, a critério do consumidor. A Fenasaúde, nós estamos agora falando das formas de solicitação do pedido, a Fenasaúde entende inicialmente que haveriam regras pra essa solicitação, que se não forem observadas as regras o pedido não seria aceito, no cancelamento presencial não há óbice pra solicitação presencial, caso a operadora tenha estrutura pra esse atendimento, a solicitação por telefone e SAC só poderia ser realizada às operadoras que realizam a venda por meio de SAC ou telefone, e a gravação da ligação seria a prova do pedido de cancelamento, carta e email também não há óbice, só ressalta que as cartas sem aviso de recebimento ou cartas protocolizadas na operadora, ou mensagens de email elas podem se extraviar e não serem recebidas, pela página da operadora na internet, algumas operadoras adoram apenas a carta protocolada ou formulário no portal corporativo pra poder comprovar o pedido, muitas vezes em demandas judiciais elas têm que comprovar, têm que apresentar a comprovação e muitas vezes, muitas operadoras não têm site preparado pra executar essa funcionalidade. O Senacon ressalta que os pedidos podem ser apresentados por várias formas, através do site da operadora ou pelo SAC, e devem ser processados imediatamente pela operadora ou pela administradora. Bem, Proteste e Senacon ressaltam que as operadoras deveriam ter que instalar canais gratuitos de atendimento e SACs nas operadoras ou nas administradoras. A Proteste ressalta que esses canais atenderiam 24 horas por dia, são importantes canais de acesso ao consumidor pra autorizações, agendamentos, informações, e a sua instalação facilitaria mesmo a

definição de critérios de resposta quanto às solicitações de cancelamento de planos de saúde, como o fornecimento de protocolo, prazos para as respostas. A Proteste ressalta que todas as solicitações podem ser feitas de forma presencial, por carta, SAC, correio eletrônico ou internet, porque deve ser garantido ao consumidor fácil acesso à operadora. A Sinog entende que a solicitação pode ser possibilidade por meios mesmo que remotos, mas que garantam a confidencialidade, integridade e autenticidade dessa solicitação, ressalta que não é possível fazer por telefone ou email que não esteja previamente cadastrado na operadora, em função da possibilidade de qualquer pessoa vir a se passar pelo titular do plano pra utilizar o meio pra pedir o cancelamento do contrato. A Sinog também diz sobre o cancelamento do plano de forma imediata, quando feito de forma pessoa deve respeitar as movimentações cadastrais e garantir os pagamentos referentes à cobertura até mesmo por rescisão antes da vigência mínima. Nos planos individuais, ressalta que não seria possível, só seria possível o cancelamento imediato se o beneficiário, ao fazer o pedido, garantisse, devolvesse a carteirinha, garantindo que não haveria acesso aos serviços após o pedido, e acha razoável estabelecer um aviso prévio na própria rede credenciada. Nos planos coletivos, eles, a Sinog, entende que não é possível o cancelamento imediato uma vez que o pedido não é apresentado na operadora, tem que aguardar as movimentações cadastrais de inclusão e exclusão do beneficiário, e que o pedido só é enviado após comunicados de inclusão e exclusão e somente poderia ser atendido no mês subsequente. A Unimed do Brasil entende que a solicitação deve ser formal, protocolar, com segurança, e que somente a solicitação presencial deveria ser admitida, e estuda uma alternativa se pensar num prazo pra estudar a viabilidade tecnológica de se inserir no site das operadoras um canal específico pra esse tipo de solicitação,

que seria feita através de um formulário eletrônico. A Unimed Rio entende que todas as formas de solicitações podem ser admitidas, e entende que a solicitação pelo portal corporativo da operadora ou administradora seria, com geração de protocolo, o meio mais eficaz. A aqui a parte das informações que o beneficiário deve receber sobre o pedido de cancelamento ou exclusão. A Fenasaúde trouxe aqui um rol de informações que ele considera relevante para o beneficiário saber ao solicitar o cancelamento. Bem, o ingresso, ele deveria ser informado que o ingresso em novo plano poderia importar o cumprimento de novo período de carência e análise da existência de DLP, podendo incidir CPT, com relação à DLP, somente se não se enquadrar no artigo 16 da 162, porque se ele preencher o artigo 14 da 162 ele não poderia preencher nova declaração de saúde. Bem o beneficiário também deveria ser informado na perda do exercício do direito à portabilidade de carência, por caráter irrevogável do cancelamento, que ele deveria devolver a carteirinha ou não utilizá-la, sob o risco de cobrança no caso de utilização realizada após o cancelamento, que são devidas as contraprestações referentes ao período anterior ao cancelamento, que o cancelamento do titular implica o cancelamento automático dos dependentes, aqui também é importante ressaltar que o dependente somente sai do plano com a saída do titular se houver previsão contratual, em condições da perda da qualidade do beneficiário, não havendo previsão contratual que o dependente sai com a saída do titular, ele não sairia. Bem, a portabilidade especial para o caso dos beneficiários inativos e que ele deveria desconsiderar o recebimento do boleto que viesse a receber após o período de cancelamento, uma vez que sua emissão poderia ter ocorrido antes mesmo da operadora receber a solicitação nos planos coletivos. A Fenasaúde destaca a importância de divulgar todas essas informações no portal

da operadora, de forma permanente, no SAC, se a operadora tiver esse canal, caso contrário deveria fornecer essas informações quando ele fosse consultado sobre se tem à mão essas informações de planos coletivos devem ser prestadas ao beneficiário titular pelo contratante pelo SAC ou mesmo pelo atendimento presencial. Ainda sobre as informações, a Abramge destaca que elas devem ser elencadas pela ANS e punidas nos novos contratos, na parte de rescisão ou perda da qualidade, nos contratos atuais não tem essas informações, e elas devem ser incluída no portal da operadora na internet. A Anab entende que as administradoras também devem divulgar essas informações no seu portal através de SAC e emails, além de mantê-los nos manuais de beneficiários ou na proposta de adesão. A Proteste acha que o consumidor deve ser informado acerca das consequências do seu pedido no momento da formalização do seu pedido e também no comprovante de recebimento do pedido de cancelamento deveria constar essas informações. A Senacon destaca que o beneficiário deve ser informado da perda dos direitos adquiridos em relação à carência e à portabilidade, e que essas informações têm que ser disponibilizadas no momento da solicitação e na forma da solicitação, ou seja, na mesma forma que o beneficiário solicitou o cancelamento. O Sinog entende que as consequências do cancelamento devem estar contempladas no portal da ANS na internet e devem ser contempladas nos novos contratos. Bem, ainda sobre as informações, a Unimed do Brasil e Unimed Rio entendem que as operadoras devem enviar aos beneficiários essas informações, aqui estou repetindo perda das carências, do direito à portabilidade, que o cancelamento não dá a quitação às mensalidades e valores ainda não pagos, e que após o cancelamento, eventuais despesas na rede de prestadores deverão ser custeadas exclusivamente pelo contratante, A Unimed Rio entende

que a operadora deve cientificar o beneficiário dos riscos existentes em decorrência de sua manifestação de vontade de cancelar o plano no momento da sua solicitação. Aqui a gente já começa a falar da emissão do comprovante de solicitação pelas operadoras. A Abramge e Fenasaúde, Unimed Brasil e Unimed Rio entendem que na solicitação presencial o beneficiário titular vai receber um protocolo, este protocolo já a prova irrefutável do pedido, e a Unimed do Brasil acha que esse protocolo deve conter as informações importantes sobre o cancelamento. A Abramge fala que se ela foi feito por carta com AR, o próprio AR é o comprovante. A Fenasaúde também acrescenta solicitações por carta, email, a operadora enviaria uma carta ou email ao beneficiário, por telefone e SAC a gravação da ligação deve ser aceita como prova do pedido e nas solicitações por SAC ou na página da operadora, também deve ser emitido um protocolo de atendimento, Bem, a Sinog acha que é desnecessário emitir o comprovante, pois o beneficiário já teria quando solicitasse o cancelamento, através de AR ou carimbo. O Senacon e Proteste acham que esse comprovante tem que ser fornecido por email, por correio eletrônico, respondência ou qual outro critério do consumidor. Nos planos coletivos, a Abramge entende que cada pessoa jurídica contratante forneceu ao beneficiário a comprovação de que ela enviou esse pedido de cancelamento à operadora, a Fenasaúde acha que nos planos coletivo empresariais a própria central de atendimento das operadoras terceirizam as informações e emitiriam esse comprovante, nos planos coletivos por adesão, a operadora encaminharia o protocolo ao contratante e o contratando encaminharia ao beneficiário, a Unimed Rio fala que a comprovação da solicitação se dá através desse lote de processamento de cancelamentos, enviados pela contratante ou pela administradora. A Anab destaca que nas solicitações pelo portal da administradora,

ou por email, a conformação deve ser enviada por número de protocolo para que o próprio consumidor possa acompanhar o seu pedido. Bem, nós trouxemos também algumas regras em que se daria o processamento do pedido de cancelamento ou exclusão, nos planos individuais a Abramge entende que o pedido seria processado em 10 dias, em analogia ao prazo do artigo 13, parágrafo único, inciso segundo da lei. A Unimed o Brasil acha que o pedido tem que ser efetivado no último dia de vigência da última mensalidade, por exemplo, no período de 5 de janeiro a 4 de fevereiro já foi pago pelo beneficiário e ele fez o pedido no dia 20 de janeiro, o plano só vai ser cancelado no dia 4 de fevereiro e até essa data ele teria cobertura pra qualquer atendimento. A Unimed Rio entende que o cancelamento deve ser imediato, a data da exclusão seria o último dia de cobertura do último pagamento que ele fez ou igual à data da solicitação do cancelamento se estiver inadimplente. Nos planos coletivos, a Anab diz que os planos coletivos em pré-pagamento deveria ser solicitada a exclusão no prazo de até 15 dias do início da cobertura mensal, assegurada a cobertura até o último do mês de cobertura, mesmo após ele ter feito o pedido, e que esse pedido deve ser encaminhado à administradora quando ela for responsável pela movimentação cadastral e cobrança do consumidor. A Abramge diz que devem ser respeitadas as regras de movimentação cadastral definidas no contrato, a Unimed do Brasil também diz isso, por exemplo, inclusão e exclusão devem ser solicitadas até o dia 20, só são efetivadas no dia primeiro do próximo mês. A Unimed Rio entende que tem que haver um prazo até 72 horas pra processar o pedido a partir do momento em que ele é recebido pela contratante ou pela administradora com efetiva data de exclusão igual ao término da sua cobertura de pagamento. Nos planos em pré-pagamento, o Senacon diz que a operadora deve restituir proporcionalmente os

valores já pagos referentes ao período existente entre o pedido, a data do pedido, e o final do mês que já foi pago pelo consumidor, salvo se o próprio consumidor optar expressamente pela continuidade de cobertura até o final do mês já pago. (0:27:34.9). A Sinog diz que a mensalidade é cobrada após a disponibilização do serviço sempre, o primeiro pagamento ocorre no início da vigência, o último somente após o término da cobertura. Fenasaúde traz mais uma regra, que o pedido poderia ser atendido de um dessas duas formas, as duas formas deveria estar previstas, deveria ser disponibilizadas, a primeira é que o pedido pode ser atendido de forma imediata no prazo de até 5 dias úteis, que a operadora teria pra processá-lo com as informações completas e com cobrança e devolução de valores pró-rata, ou no último dia do mês de competência, e nesse caso sem pagamento ou devolução de valores se o pedido for formalizado em até 10 dias úteis de antecedência, bem a Fenasaúde ressalta que há um lapso temporal na comunicação do contratante ou da administradora à operadora, então há um espaçamento quando o pedido não é feito à operadora, é feito à contratante ou à administradora, porque elas ainda têm que repassar o pedido pra operadora. Senacon diz que os pedidos sem intervenção do atendente têm processamento automático e feitos após um prazo que eles sugeririam de 2 dias úteis no qual pode ser cancelado o pedido, e que o consumidor tem que ser alertado que ele pode ser cobrado pelo pagamento de serviços usufruídos nesse prazo. A Sinog diz que nos planos mistos pós-pagamento o valor da mensalidade é auferido após a operadora receber as cobranças dos prestadores, logo após o cancelamento ela pode vir a receber cobranças sobre utilizações ocorridas na época da vigência do contrato, antes do cancelamento, antes da solicitação. Nos planos com fator moderador financeiro, os pagamentos devidos ao plano somente se

encerram quando todos os prestadores repassaram as cobranças às operadoras relativas àquele beneficiário. A Unimed do Brasil entende que não tem como o pedido ter efeito imediato justamente por isso, porque é necessário avisar toda a rede de prestadores antes, sob o risco de correrem atendimentos após o cancelamento, que a operadora teria que suportar. Sobre essas cobranças, que o beneficiário recebe após a solicitação de cancelamento, a Abramge ressalta que é inviável que essas cobranças não ocorram, justamente porque a operadora fica guardando as informações dos prestadores. Unimed do Brasil destaca que somente deve ser permitido após o cancelamento, a exclusão, deve ser permitido a cobrança de co-participações ou franquias ainda não pagas. Senacon ressalta que é vedado às operadoras e administradoras realizar quaisquer cobranças referentes a mensalidades ou serviços prestados após o pedido, e que a operadora deve assumir eventuais encargos, inclusive, perante os prestadores. Bem, nos casos de necessidades de serviços de urgência e emergência após a solicitação. A Fenasaúde diz que a cobertura tem que ser garantida até o término da vigência do beneficiário no plano, ou seja, até a data do efetivo cancelamento. A Unimed do Brasil diz que se a data da solicitação daquele procedimento for anterior à data da exclusão ele vai ter direito ao atendimento, traz aqui exemplos, no dia 5 ele solicitou, o atual pagamento é válido até o dia 10, então ele vai direito ao atendimento até o dia 10, nos planos coletivos os atendimentos vão ser liberados até a data da cobertura do pagamento do mês da solicitação, se ele pediu dia 20, e ele pagou até o dia 30, ele teria cobertura até esta data. Sobre o direito de arrependimento, que é último ponto que vou relatar, a Abramge, Fenasaúde, Sinog, Unimed do Brasil, Unimed rio sustentam a impossibilidade de desistência do pedido de cancelamento, pois se o beneficiário vier a ser

diagnosticado com alguma doença após o pedido, ele iria buscar desistir do cancelamento pra que ele tivesse o tratamento, e nesse caso o plano de saúde deixaria de atender um evento futuro incerto pra atender uma necessidade conhecida do consumidor. A Fenasaúde diz que o beneficiário deve se informar de que o pedido é irrevogável, a Unimed Rio alerta que foi orientado pela operadora sobre as consequências de seu pedido e que a desistência acarretaria um impacto operacional e financeiro agressivo para as operadoras no gerenciamento da carteira, e ressalta também que o direito ao arrependimento não é aplicável a uma cobertura securitária, ele não existe no atendimento de seguro de automóvel, seguro residencial e muitos beneficiários de má-fé que acabam solicitando a renovação do contrato quando eles necessitam de atendimento ou quando eles descobrem ser portadores de alguma doença crônica. A Anab entende ao contrário, que o direito de arrependimento deve ser garantido até o último dia do mês de cobertura e restabelecerá o direito ao plano nas mesmas condições de carência e CPT já existentes quando da solicitação, e que a administradora de benefício teria um prazo de 5 dias pra encaminhar esse pedido de desistência pra operadora. A Proteste também acha que o direito de arrependimento pode ser exercido no prazo que a operadora teria pra cancelar o plano, ou excluir o beneficiário, e que nesse prazo todos os atendimentos estariam cobertos. Muito obrigada, gente.

RAFAEL - obrigado, Cris, pessoal, essa parte é um pouquinho cansativa, demora um pouquinho, mas é importante a gente trazer as contribuições aqui de todo mundo que mandou pra gente por email, justamente pra que a gente possa caminhar até na discussão que vai ser feita, e depois apresentações, eu já vou passar a palavra

para o pessoal da Abramge, pra fazer a apresentação, lembrando que o que a gente sempre fala, nesse slide, nessa apresentação de contribuições sempre pode ter alguma coisa que não foi bem assim que foi dita, ficou faltando, e aí os senhores e senhoras fiquem à vontade pra complementar depois na parte do debate, ou esclarecer, até porque o objetivo aqui é colocar esses slides, essas apresentações todas na internet, e aí dá oportunidade pra gente colocar, além da gravação da reunião. Bem, pessoal, vou passar a palavra para o pessoal da Abramge, por favor.

MARCOS - obrigado, gente, boa tarde, meu nome é Marcos, estou representando a Abramge aqui hoje, pra falar um pouquinho sobre essa câmara técnica. Primeiro, o que a gente gostaria de ressaltar, que foi uma coisa que a gente já ressaltou na reunião passado é a questão da necessidade de ampliação do escopo dessa câmara técnica, a gente até ultrapassou um pouco essa discussão, mas a gente queria retomar no sentido que ainda que essa câmara técnica, por um objetivo muito específico da sua origem, que seja, a recomendação do Ministério Público, era importantíssimo a gente trabalhar, ainda que fosse em paralelo, outros assuntos tão mais necessários quanto importantes, em relação ao tema de exclusão de beneficiários, e aí a gente trouxe alguns exemplos da importância dessa ampliação, o primeiro ponto é um posicionamento da diretoria de fiscalização, que infelizmente não está participando dessa câmara, que está relacionada aqui, ótimo, excelente, da última vez a gente ressaltou isso, então, está aqui pra não me deixar mentir sozinho, então, tem um posicionamento da diretoria de fiscalização no sentido de quando a lei exigiu a notificação de inadimplência, que o legislador, num ato formal, não era comunicação o aviso, o que está

relacionado? Está relacionado a um posicionamento da Difis que no momento em que operadora tiver que notificar o beneficiário sobre um eventual cancelamento isso tem que ser feito de uma forma expressa, uma forma, a utilização de um meio formal, que não poderia ser utilizado um mero comunicado ao beneficiário, então, a analogia, em respeito ao princípio da analogia, tanto quanto a operadora não pode notificar o beneficiário por qualquer meio, o beneficiário também não poderia simplesmente notificar a operadora por qualquer meio, a gente está discutindo aqui os meios de ampliação dos direitos do beneficiário de estar comunicando á operadora o seu direito de rescindir, de sair do contrato, também deveria estar discutindo aqui, do mesmo jeito, o direito da operadora de comunicar os beneficiários por outros meios que não o meio necessariamente formal, notificação após o óbito do titular quando os dependentes não se comunicam, é muito comum em alguns casos, principalmente em planos que aceitam beneficiários agregados ou casos de divórcio, em casos de separação, os beneficiários dependentes não se comunicam com o titular e nem entre si, então, o beneficiário vem a falecer, nós temos beneficiários e dependentes de grupos familiares independentes, e que uma vez que é solicitada a exclusão, quando eu tenho que excluir aqueles beneficiários eu tenho que procura todo aquele grupo familiar, ainda que este esteja em locais diferentes, então, a dificuldade de comunicação gera também uma dificuldade pra operadora, quando um titular solicita a sua exclusão o dependente vai ficar sabendo, não vai ficar sabendo, já está sabendo, ou não, de quem é essa obrigação, é da operadora, a operadora que tem que correr atrás de todos os dependentes pra poder promover a exclusão ou o próprio titular deveria fazer isso. Outra questão que temos muito comum é a questão dos endereços, principalmente em planos coletivos, em que toda essa relação passa pela

pessoa jurídica contratante, muitas vezes as operadoras não têm acesso aos beneficiários de forma direta, o beneficiário é demitido, o beneficiário saiu da empresa por qualquer razão, a operadora não tem como atingir o beneficiário, levar a informação para o beneficiário porque a empresa não mantém atualizadas aquelas informações junto à operadora, então, é mais uma dificuldade. Outro ponto que a gente sempre ressalta, ainda que operadora comunica o beneficiário diretamente em sua residência, será aceito, não será aceito, será recebido por uma outra pessoa que reside no mesmo endereço, ou quando a AR volta como devolvido como pessoal ausente ou mudou-se, enfim, todas essas formas de comunicação que a operadora tem dificuldade de acesso ao beneficiário não estão sendo tratadas aqui, então estamos tratando de um assunto tão importante que é a dificuldade do beneficiário ter acesso à operadora pra requerer um direito de sair do plano, mas estamos deixando de lado assuntos tão importantes quanto a operadora não conseguir acesso ao beneficiário por várias situações. A questão que a gente mencionou dos demitidos e aposentados, o beneficiário, às vezes, é demitido, essa relação com a empresa nem sempre se dá da forma mais adia, o beneficiário quando é demitido não quer mais ter nenhuma informação, nenhum vínculo com a empresa então, ele se furta a receber comunicações, a atualizar endereços, às vezes o beneficiário está preso, como a operadora vai fazer essas notificações, então, tem uma série de situações em que a gente tem essa dificuldade de acesso ao beneficiário, então, tudo isso justifica a necessidade da gente ampliar a zona de discussão dessa câmara não apenas para a dificuldade do beneficiário em acesso à operadora, mas também a dificuldade da operadora em acesso ao beneficiário. Outro ponto importante que a gente sempre ressaltou, desde a primeira reunião, é que o objetivo dessa discussão toda tá muito

relacionado, o fundamento jurídico dessa discussão está muito relacionado, muito embasado na parte de telefonia, na regulamentação sobre a telefonia, só que diferente do que acontece na telefonia, em que o mercado é dominado por poucas e grandes operadoras, nós temos na saúde suplementar uma realidade totalmente distinta, temos hoje em torno de 1.500 operadoras dos mais variados portes, e a grande maioria delas são operadoras de pequeno porte, em torno de 20 mil beneficiários, localizadas, muitas vezes, em município do interior, municípios que não têm toda essa estrutura necessária pra desenvolvimento de toda essa atividade de SAC, de centrais de atendimento, e não apenas isso, nós também temos a situação que já é reconhecida pela própria regulamentação da ANS, de que essas pequenas operadoras podem utilizar um sistema de compartilhamento desses serviços, sistema de atendimento, de ouvidoria, a regulamentação de ouvidoria prevê expressamente que a operadora não precisam ter uma estrutura de ouvidoria quando são operadoras de pequeno porte, podem ter apenas um profissional nomeador ouvidor, e muitas vezes entidades de representação podem fazer esse papel de ouvidoria pra essas operadoras, está na norma, não sou eu que estou dizendo, então, toda essa estrutura do mercado de saúde suplementar, ele é extremamente diferente da estrutura do mercado de telefonia, então, a gente utilizar a forma de trabalho da telefonia como base fundamental para a saúde suplementar é um tanto quanto temerária, então, tem que ser visto com bastante cautela, bastante atenção, em cima disso é importante ressaltar que quando saiu o decreto sobre o SAC foi feita uma ampla divulgação no mercado de saúde suplementar, que envolveu a ANS, o Ministério da Justiça, as operadoras e as entidades de representação, exatamente pra observar o impacto dessa regulamentação na saúde suplementar, e principalmente nas operadoras de

pequeno porte, porque? Porque o risco financeiro, o impacto financeiro que essa mudança e a implementação dessa estrutura iria gerar nessas operadoras nem sempre geraria o resultado final de acesso ao beneficiário esperado, uma vez que a gente tem sempre que lembrar que na saúde suplementar a gente trabalha a ideia do mutualismo, ou seja, do risco compartilhado, o quanto de risco seria aumentado, de demanda seria aumentado, pra gerar um resultado muitas vezes pequeno, que o beneficiário já tem acesso muito mais fácil quando a operadora é muito localizado, claro, importantíssimo, isso foi discutido e bem pensado na época que saiu a legislação do SAC, que operadoras em nível nacional, necessariamente, vão precisar de uma estrutura de atendimento muito maior, porque elas não estão porta a porta com os beneficiários, mas a gente tem que observar a heterogeneidade do sistema de saúde suplementar, que ele não é formado só por essas grandes operadoras, muito pelo contrário, sua base essencial está nas operadoras de médio e pequeno porte, então, isso é extremamente importante de ser observado, que pra gente rever a necessidade e a forma, se a estrutura necessária na saúde suplementar, a gente não rever um único aspecto desse normativo, a gente teria que rever toda essa estrutura, teria que rever toda a forma de atuação e o impacto que isso ia gerar, então, não basta a gente discutir no âmbito de uma câmara técnica um assunto específico que está relacionado ao SAC, porque pra mim poder gerar o atendimento pelo SAC eu tenho que ter a estrutura do SAC, pra ter a estrutura do SAC isso vai gerar uma série de outros impactos, então seria necessário uma discussão muito mais ampla sobre o assunto, como foi feito na época pela ANS, pelo Ministério da Justiça, pelos representantes do setores, quando foi emitida aquela última cartilha sobre o atendimento do SAC e seu impacto junto à saúde suplementar, então a gente acha de extrema

preocupação discutir um assunto de tão grande impacto sem estar aumentando o escopo dessa discussão pra abranger todos esses setores, todas essas situações que vão geradas aqui dentro da saúde suplementar. Passadas essas preocupações, essas inquietações, nós temos também as recomendações do Ministério Público, no primeiro caso, a gente volta a ressaltar a questão da cartilha, que foi emitida pela ANS em parceria do o Ministério da Justiça à época, que considera toda essa situação do impacto que isso geraria no mercado e exatamente vamos mostrar que na saúde suplementar, por essa divergência existente no setor, seria impraticável a aplicação obrigatória de um sistema de atendimento como o SAC, uma estrutura como um SAC, pra atender este tipo de demanda, é o primeiro ponto importante que a gente veio ressaltar, a questão da heterogeneidade das operadoras de planos de saúde, e dar oportunidade dessa inviabilidade da criação dessa estrutura. (0:45:47.7). Voltamos também à questão do posicionamento da Difis, ao ponto que seria necessário não uma simples notificação, mas uma notificação formal, um aviso formalizado, com todas a sua preocupação, a sua segurança jurídica para o beneficiário, a questão da equivalência, uma vez que a regulamentação e saúde hoje ela tem uma série de preocupações na questão da contratação do plano de saúde, e uma vez que eu tenho toda essa preocupação coma contratação eu teria também que ter toda essa preocupação com a rescisão, o código civil é expresso nesse sentido, que eu tenho que observar a mesma forma na contratação eu tenho que observar também na sua rescisão, ainda que eu vá utilização a rescisão unilateral, ela também exige uma notificação à outra parte, e a aí a gente volta ao mesmo critério da formalidade necessária pra esta notificação. Eu estou falando um pouquinho mais rápido, pra resumir, pra não ficar muito tempo, mas se

ficar muito corrido a gente dá uma parada. Nós não estamos aqui contrário à necessária de evolução tecnológica, obviamente, muito pelo contrário, nosso objetivo é que sim, que seja possível a utilização de todos esses meios, mas não só pra rescisão a pedido do beneficiário, mas pra contratação onde o plano de saúde seja utilizado em qualquer formato tecnologicamente possível, desde que respeito a uma série de requisitos, a questão da confiabilidade, que a informação seja confiável, seja destinada à pessoa correta, não seja acesso a qualquer pessoal, mas sim aquele que realmente interessa, a questão da autenticidade, da integridade, e principalmente eu não repudio, ou seja, aquele que recebe a informação não poder se negar a recebê-la, então tem uma série de avanços tecnológicos que a gente não pode se fechar pra eles, mas pra gente adotar essa questão a gente tem que ampliar essa discussão, a gente tem que ampliar pra poder viabilizar essa necessidade, é importantíssimo a gente sempre ressaltar que os planos de saúde são de tipos de contratação distintas, que o tratamento a ser dado no plano individual não pode ser o mesmo a ser dado no plano coletivo, uma vez que no plano coletivo eu tenho uma pessoa jurídica interposta entre o beneficiário e a operadora, seja uma administradora de benefício, seja uma pessoa jurídica contratante, vai ter sempre essa pessoa que vai representar os beneficiários perante as operadoras, então, quando falo de plano coletivo eu tenho um contrato devidamente regulamentado, estabelecido entre as partes, com a função e a responsabilidade de cada uma, a norma traz uma série de impactos, uma série de exigências pra esses contratos, uma delas é que a pessoa, a operadora não pode cancelar um beneficiário senão a pedido da pessoa jurídica contratante salvo em dois aspectos, fraude ou perda da qualidade de beneficiário, ou seja, perda e ilegitimidade, então, tem uma série de impactos hoje que

devem ser observados nessa relação, o contrato já estabelece a forma como as inclusões e exclusões serão feitas, a questão da movimentação de beneficiários, tudo isso já é estabelecido nas pessoas jurídicas, então, trabalhar isso de forma separado ou desvirtuado do que está no contrato é uma forma de você inviabilizar essa relação entre a pessoa jurídica e a operadora do plano, engessar esse sistema, que já é bastante normatizado, a administradora de benefícios, quando envolve a administradora de benefícios, ainda mais, porque aí aí tenho além da pessoa jurídica a qual o beneficiários está vinculado, eu tenho ali uma outra pessoa jurídica especificamente pra trabalhar essa relação de representatividade entre os beneficiários e a operadora. Já no plano individual eu tenho que observar a questão da titularidade, se a gente voltar lá na RN 254, por exemplo, que fala a migração e adaptação, só pode responder pela adaptação do contrato o responsável pelo contrato, ou seja, no plano individual o titular, no plano coletivo a pessoa jurídica contratando, não é permitido a qualquer beneficiário solicitar a adaptação do contrato, exatamente porque a relação contratual existente se dá entre o beneficiário que contrata, o contratante e a operadora do plano, então, tem uma série de questões que têm que se observadas essa relação, quem representa os beneficiários, quem atribui a elegibilidade pro beneficiário dentro do contrato é o contratante, seja ele pessoa jurídica, seja ele o titular, no caso do plano individual, então, essa diferença tem que ser tratada. A segunda recomendação está relacionada ao pedido de cancelamento ser feito por meio de atendimento pessoal, terá efeito imediato e a operadora efetuará a cobrança após o pedido, isso é extremamente preocupante, primeiro porque quando a gente fala de saúde suplementar, novamente a gente tem que demonstrar a diferença existente entre o mercado de saúde suplementar

e o que embasou essas manifestações, que é a telefonia, quando a gente tem a telefonia, a gente tem como objeto final da telefonia o próprio atendimento telefônico, seja ele voltado para os beneficiários se comunicarem, seja ver eles voltados para os beneficiários se comunicarem com a operadora, mas a finalidade de uma empresa de telefonia é contato telefônico, no caso da operadora de plano de saúde não, a saúde suplementar tem como atividade fim o atendimento à saúde do beneficiário, então, além da operadora interposta entre o beneficiário, temos também os prestadores do atendimento, que estão espalhados pelo Brasil todo, então, a informação não basta estar entre a pessoa jurídica e o beneficiários, a informação também terá que chegar nos prestadores, as operadoras trabalham com toda uma rede que muitas vezes estão localizadas num local de difícil acesso, difícil acesso da informação até, então, isso tem que ser levado em conta. Quando eu falo de cancelamento imediato eu estou dizendo que a parti do momento em que o beneficiário traz a informação à operadora, que a operadora, já tendo essa informação, que o atendimento cessou, isso não é verdade, a operadora, depois de tratar esse atendimento, essa solicitação, ela tem que passar isso pra sua rede, é a rede como um todo, a rede tem que ter acesso a essa informação pra que efetivamente o atendimento seja suspenso, então, é necessário um lapso temporal adequado pra que esse trabalho seja realizado, essa informação chegue à operadora, a operadora possa tratar a informação e repassar à sua rede, então, esse cancelamento imediato já seria inviável, seria inviável pela própria estrutura necessária e existente na saúde suplementar. A questão da cobrança é importante sempre ressaltar que existe, nós temos os fatores moderadores, co-participação, principalmente, que só são cobrados das operadoras quando essa informação chega do prestador pra operadora,

e muitas vezes essa informação leva meses até chegar da operadora, por uma questão logística necessária, então, é absolutamente inviável que a partir do momento do cancelamento, seja ele imediato, seja ele num prazo de 10 dias, como a gente propõe, que após esse prazo não seja efetuado nenhuma cobrança, não pode ser evitada nenhum cobrança dali pra frente, mas cobrança relativa aos atendimentos que foram prestados são devidos, o atendimento foi prestado, a co-participação existia, está estabelecida em contrato, é um valor devido, é absolutamente inviável dizer que não pode ser cobrado aquilo que é devido, existe já um prazo de prescrição estabelecido na legislação civil, o código civil já estabelece prazo prescricional, prazo decadencial, que impedem as cobranças daqueles valores que são devidos, mas impossibilitar uma cobrança de valor devido num prazo imediato é absolutamente inviável, muitas das operadoras não têm aquela informação, eu estou falando aqui de co-participação mas poderíamos falar dos planos pós-estabelecidos, que são aqueles em que o valor da própria mensalidade é baseada na assistência, então, tem uma série de particularidades na saúde suplementar que inviabilizam determinadas situações como essas de cancelamento imediato, de impossibilidade de cobrança após esse cancelamento. A nossa sugestão é a fixação de um prazo de pelo menos 10 dias no caso de planos individuais, em analogia à própria lei 9656, que determina que a operadora notifique o beneficiário com prazo de 10 dias pra exclusão do beneficiário, então, baseados nessa analogia, um prazo equivalente seria esse de 10 dias, e no caso do plano coletivo voltamos a ressaltar que toda essa movimentação já é estabelecida no próprio contrato, baseado na negociação entre as pessoas jurídicas, e que essas normas têm que ser respeitadas, também em função do direito líquido e certo, aquele que está contratualizado,

tem que ser respeitado, não posso intervir naquilo que foi acertado entre as partes. Direito de desistir da exclusão, voltamos ao mesmo princípio da estrutura da saúde suplementar, quando eu falo, além do grande risco que seria a questão da seguridade, o beneficiário não desiste, a partir do momento que solicita a exclusão de um seguro ele não pode retornar daquela decisão, não pode voltar atrás daquela decisão, seria temerário, descobriu que está com uma doença, aquilo tudo que já foi falado aqui anteriormente, mas mais do isso, a gente também um complicador da questão da informação, uma vez que a informação chegou à operadora, quando a gente mencionou que a informação tem que ser tratada, e chegar à rede, o princípio é o mesmo, se eu recebi a informação, tratei informação e repasso à minha rede, e o usuário vem a desistir dessa informação, eu igualmente teria que recebera informação, tratar a informação e repassar à rede, o beneficiário nesse meio tempo pode chegar no prestador e não ser atendido, e aí, eu vou ser penalizado porque neguei o atendimento, uma informação que ainda não chegou à minha rede porque o beneficiário desistiu dessa exclusão, então isso também é um complicador que tem que ser observado, uma vez que o beneficiário manifesta de livre e espontânea vontade o seu desejo de ser excluído do plano não lhe pode ser garantido por liberalidade e de forma unilateral o direito de desistir da desistência. A questão do comprovante, como a gente já ressaltou, a Cristiane apresentou nas nossas recomendações, uma vez que o beneficiário te num posicionamento de que o pedido tem que ser feito de forma presencial ou mesmo de forma formalizada, a partir do momento que ele faz essa formalização eu já tenho comprovação, se ele faz de forma presencial ele já tem imediatamente o protocolo do recebimento, se ele envia uma carta ele tem o AR, então, todas essas formas formalizadas de enviar um pedido ele já

tem a comprovação em mãos, ele não depende a operadora enviar uma nova notificação, um novo protocolo, caso sejam dotados outros meios necessários pra esse pedido, aí sim nós teríamos que trabalhar uma outra forma de formalizar essa questão do cancelamento do protocolo, no caso de planos coletivos, a gente ainda tem o problema no sentido de que essa relação tem que passar pela pessoa jurídica contratante, se tem que passar pela pessoa jurídica contratante cabe a ela estabelecer a forma de comunicação com seus beneficiários. No que tange à informação clara a gente vem observando continuamente a questão somente das entidades representativas dos beneficiários, os beneficiários têm que receber a informação no momento do cancelamento, nos traz um pouco de preocupação essa situação, gerar a imagem que a operadora está tentando fazer o beneficiário desistir da informação, desistir do cancelamento, apresentar uma informação num momento em que o beneficiário está solicitando a exclusão, fica parecendo que operadora dissesse, olha, se você desistir você vai perder a carência, olha, se você desistir você ter CPT, como se fosse uma espécie de ameaça ao beneficiário pra que ele desistisse da informação, então, é um pouco preocupando, nos preocupa que essa informação seja trabalhada nesse formato, então, o nosso entendimento é de que essa informação tinha que ser padronizada pela ANS, porque aí não é cada operadora levantando as consequências que entender pertinentes, a ANS estabelecer quais seriam essas consequências, padronizar isso, essa informação vai constar nos novos contratos, e para os contratos já existentes a informação vem pro portal da operadora, pra gerar essa publicidade necessária a todos os beneficiários. E é isso, eu agradeço a atenção de todos, espero ter contribuído.

RAFAEL - obrigado, Marcos, está já um pouquinho quente aqui dentro, já pedi pra dar uma melhorada no ar porque como tem muita gente junta aqui, está batendo sol, a gente vai pedir pra aumentar a potência, eterna discussão, bem, Marcos, obrigado, eu vou passar, dando segmento aqui eu vou passar a palavra ao pessoal da Fenasaúde, por favor, obrigado.

(1:00:05.6)

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (FENASAÚDE) - boa tarde, queria agradecer a oportunidade de poder detalhar um pouquinho da nossa proposta, eu vou seguir a apresentação, mas eu vou tentar ser mais rápida em alguns pontos que já foram abordados, pra gente ganhar tempo, e permitir aprofundar um pouco mais outros pontos ainda não explicitados. Vamos lá. Então, primeira questão é quais seriam as informações ao beneficiário sobre as consequências do pedido de cancelamento e a forma. Então, é importante que o beneficiário receba informações claras sobre as consequências de seu pedido de cancelamento, e acho que uma coisa que é importante a gente destacar é que deveria ficar a critério da operadora eleger qual é o canal que ela tem de comunicação usual com o seu beneficiário, com o seu contratante, naturalmente que as formas disponibilizadas pra contratação, obrigatoriamente, têm, que estar disponibilizadas para o encerramento do contrato, mas tem operadoras que têm formas de comunicação mais fortemente focada no site ou por envio por email, então, acho que a gente poderia deixar em aberto com essa obrigatoriedade, assim a gente respeitaria as particularidades de cada porte de operadora, de cada

estrutura, e acredito que a gente não faria, em absoluto, restringindo o beneficiário do seu exercício, a gente acha muito importante que o cancelamento seja formalizado pelo titular do contrato, e isso se aplica tanto a planos individuais quanto planos coletivos, porque, porque o contratante tem diversas responsabilidades contratuais, então, então, ele é que recebe a carteirinha do segurado, beneficiário, entrega, distribui, ele que vai muitas vezes recolher a contribuição do beneficiário, que é contribuinte, e vai repassar para operadora, a questão da co-participação, ele que faz muitas vezes, um cliente de grande porte, a gestão médica dessa carteira, as decisões de adaptação e migração, ele é muitas vezes o responsável por passar aos beneficiários informações sobre a legislação, a gente tem diversas exigências legais que muitas vezes chega ao beneficiário por meio desse contratante, e essa responsabilidade socializada por meio do contrato, então, como que um beneficiário poderia ir diretamente na operadora pedir seu desligamento do plano, as consequências é que inviabilizariam pro contratante o exercício das suas atribuições contratuais, então, a gente acha importante destacar essa obrigatoriedade do titular do contrato, no caso do plano individual, ou do contratante, no caso do plano coletivo, seria o responsável por fazer também a movimentação cadastral. Especificamente no caso de planos coletivos empresariais, em que você tem inativos, aposentados e demitidos, muitas vezes enche sim, existe relação direta com a operadora no que diz respeito a pagamento de mensalidades, então, por essa particularidade a gente entenderia que seria viável, então, só pra gente reforçar, estou falando de planos coletivos, tanto empresariais como coletivos por adesão, no caso, especificamente, da adesão, ele tem uma atribuição adicional que é arcar com a inadimplência no caso de um beneficiário que não está pagando as suas mensalidades,

um motivo adicional pra movimentação ser feita dessa maneira. Bom, acho que a gente, como o colega mencionou, quando a gente colocar todas as consequências do cancelamento, o beneficiário pode se sentir realmente aterrorizado das consequências, mas entendemos ser pertinente dar visibilidade na questão de forma, especificamente pro beneficiário que tiver esse movimento de solicitar o cancelamento, ou essa informação está no site exclusivamente associada à questão do cancelamento, mas entre as principais informações, então, tem a questão da carência que esse beneficiário pode vir a ter noutro plano caso não fale essa migração, observadas as normas de portabilidade e carência, se ele tiver um intervalo entre um plano e outro, a questão da possibilidade de CPT, também observada a legislação, não vou detalhar aqui, a questão do caráter irrevogável do cancelamento, vamos detalhar um pouquinho mais à frente, está relacionado com o pedido de impossibilidade, de arrependimento, a necessidade de devolução da carteirinha ou sua inutilização, vai depender do que está no contrato, é devida a contraprestação pecuniária antes do período anterior ao efetivo cancelamento, em que no caso do cancelamento do beneficiário titular, isso importa o cancelamento dos dependentes, observadas a regulamentação. Uma coisa que eu gostaria de chamar a atenção é que as operadoras quando vão fazer a precificação do plano elas observam no plano individual ou no plano coletivo, a depender do número, devidas, qual é a despesa administrativa que ela tem pra cada um desses planos, então, no caso de um plano coletivo de grande porte, justamente pela movimentação cadastral que se dá por meio de troca de arquivos, que é a mesma rotina que as operadoras adotam por exigência da ANS, isso realmente reduz, barateia bastante, dilui o custo administrativo, diferente de um plano individual, em que realmente existe uma relação do

beneficiário fazendo solicitações e demandando questões diretamente à operadora, então, é muito importante a gente estar atento, que se a gente for pensar na possibilidade do beneficiário ir direto na operadora pra determinados pedidos, como, por exemplo, do cancelamento, você vai ter um custo para além daquela dificuldade que eu mencionei, de como o contratante vai conseguir administrar e cumprir os seus deveres contratuais, mas também de onerar as operadoras para você ter esse canal direto, então, importante a gente ter em mente que o plano coletivo ele tem custo de administração mais baixo porque de fato essa administração é muitas vezes organizada, seja pela administradora de benefícios ou seja pelo contratante. Em falar em administradora de benefício, eu queria chamar a atenção, quando a gente fala da intermediação da administradora de benefício, é muito importante a gente ter em mente que natureza de vínculo se está falando, porque você pode ter um plano coletivo em que a administradora figura como contratante, e ela pode estar figurando apenas como absorvedora de parte das atividades de back-office, pro exemplo, daquele contratante, então, é muito importante ser observado quando for criada a norma da ANS pra não correr o risco de extrapolar o que contratualmente está estabelecido entre a administradora e a pessoa jurídica, que agrega a massa de beneficiários. Em relação à solicitação de cancelamento, se ele é implementação imediata ou se ele é até o fim do mês, a gente observou junto às nossas associadas que existem basicamente dois modelos de atuação entre as operadoras, então, existem sim operadoras que processam o pedido de cancelamento imediato ou num prazo muito curto, de até, por exemplo, que a gente colocou, de 5 dias úteis, às vezes até um pouco menor, e que nesse caso, a depender da data do pagamento do boleto, você pode ter cobrança ou

devolução pró-rata, e existem operadoras que trabalham um pouco mais no conceito do pré-pagamento e que agendam aquele cancelamento para o fim do mês ou, enfim, para a data a qual aquela competência se refere. Nós acreditamos que as duas formas são possíveis, nenhuma das duas trazem prejuízo pro beneficiário, as empresas elas são estruturadas assim em todos os seus sistemas, e a gente acredita que seria interessante manter essas duas possibilidades regulamentando as duas, caso a ANS julgue necessário, e quando a gente fala sobre, adiantando um pouco sobre a possibilidade do entendimento, operacionalmente, é preocupante abrir essa possibilidade porque existe se existe um planejamento de cancelamento desse beneficiário, e existe lá um pedido de reversão, corre-se o risco dessa informação não ser processada, nos sistemas, atualmente, as operadoras, como o colega mencionou, elas têm que se estruturar pra poder registrar aquela informação, então, você tem muitas vezes aquela carteirinha que passa no credenciário, que é o autorizador, que está lá na base da operadora se aquele beneficiário está ativo ou não está ativo, então, se você tem informações contraditórias, meio receio é você ter um beneficiário que exerceu o direito de arrependimento, caso a situação preveja, e os sistemas não darem conta de processarem isso, enfim, se a diferença de tempo for muita curta, acho que é um setor que já tem muita judicialização, me preocupa trazer um complicador adicional, e eu, sinceramente, não temos qual o motivo para um beneficiário desistir de uma decisão que deveria ter refletido, e que não existe a princípio nenhuma pressão iminente pra tomada de decisão. Em relação à cobertura, independente de ser situação de urgência e emergência ou qualquer outra cobertura, entendemos que deveria ser garantido até a data do efetivo cancelamento, seja na modalidade de cancelamento nos poucos dias após o pedido

ou programação para o fim do exercício, a cobertura deve ser garantida de forma integral, e após o cancelamento não há que se falar de cobertura do beneficiário. Em relação ao direito de arrependimento, só pra complementar, a gente entende que o mercado de mutualismo, baseado no mutualismo, não comporta essa situação de direito de arrependimento, sob o risco de você onerar o mutualismo com situações que não estavam previstas originalmente. Então, as operadoras têm essa função de preservar o mutualismo, porque qualquer utilização é fora das premissas estabelecidas, vai onerar e vai resultar em reajustes ainda maiores. Bom, reforçamos aqui que foi mencionado lá na primeira reunião a questão da regulamentação da Anatel, que previa o arrependimento em dois dias úteis, mas a gente entende que o setor, bastante diferente, a gente não está falando do mesmo produto, da mesma forma de contratação, e na forma de tratativa com a operadora, então, nós entendemos que não se aplica no nosso setor, em nenhum aspecto. Não sei se alguns colegas da Fenasaúde gostariam de complementar. Obrigada.

11:13:27.0

RAFAEL - obrigado, pessoal da Fenasaúde, vamos, então, passar a palavra aqui, pela ordem, ao pessoal da Sinog, pra seguir, a apresentação está aí, por favor, querida.

FERNANDA - boa tarde a todos, meu nome é Fernanda, estou representando o Sinog, naturalmente serei breve, porque os que me antecederam praticamente esgotaram, mas há questões pontuais, especialmente aquelas que se

referem ao setor de operadoras odontológicas, que é o segmento que estou representando, que acredito que mereça atenção especial em alguns aspectos. Antes de entrar propriamente na minha apresentação, eu queria pontuar que na fala da Cristiane, pra mim, ficou bastante claro que existe uma polarização de entendimento, se as operadoras divergem em alguns aspectos, no principal elas consentem, e de outro lado, as posições do Senacon, com a devida venia, eu sei que representam ideia e devem ser parciais na luta que estão travando, mas o fato é que me parece haver dois polos de fato, quando a discussão deveria pensar num consenso, e me parece que as sugestões que a Cristiane apresentou, que na verdade compila o que o Senacon expõe, pensa, na verdade, existir duas características inerentes a este processo, o primeiro de ser algo simples, me parece que as sugestões passam pela ideia de que o cancelamento do plano de saúde deve ser entendido como um processo e um trâmite muito simples, e que isso talvez representaria uma garantia ao consumidor, e na minha posição, eu entendo que o cancelamento do plano de saúde, quanto mais rígido, quanto mais regras ele tiver, na verdade é isso que asseguraria o consumidor, e não o contrário, então, não é um processo que se resolve com trâmites simples, principalmente em função das características de cada operadora, então, nem pra todas vai ser possível agir com tanta simplicidade, eu não sei até que ponto tornar as regras tão simples, tão flexíveis sejam de fato garantir o direito de quem está pretendendo o cancelamento. A outra questão é que também me parece haver uma pretensão de criação de fórmulas que hipoteticamente valeria para todas as operadoras, como se todas realmente tivessem que adotar um determinado padrão que mediante esse padrão os direitos seriam garantidos, eu participei na época, da criação do decreto do SAC, que aí é mundial, foi bastante

evidenciado que o Brasil não conta com uma legislação com em certos países existem, que defina quais entidades deveriam dispor de um SAC, nem mesmo a definição do que um SAC, qual a estrutura de atendimento representa um SAC, qual a estrutura de atendimento estaria fora daquela regulamentação, eu me lembro bem que na época, as próprias posições do Ministério da Justiça, da ANS, ficou bastante entendido que essa definição deveria se dar na prática, deveria se dar conforme o porte, conforme a capacidade, conforme o público que seria atendido, e não meramente tentar criar uma forma que simplesmente se aplicaria em todas as operadoras de planos de saúde, então, não há compatibilidade nisso, acredito que aquela norma, por ser específica, por ter tratado disso de forma tão estimulante, ela já se preocupa, então, agora a gente tem um raciocínio inverso ao que foi firmado me parece um retrocesso, então, acredito que a gente deva retomar os princípios daquela época, retomar, que na verdade, não há uma fórmula mágica pra ser adotado em todos os caso, pra que se preserve realmente aqueles que são diferentes, que são menores, aqueles que não têm uma estrutura, como é, por exemplo, o setor de odontologia. Bom, no caso do setor das operadoras odontológicas há inúmeras particularidades que não se amoldam a esse formato complexo, a essa estrutura de gerar SACs e gerar todo o atendimento fora dos padrões que ela já está adaptada a atender, então, o Marcos até disse isso, isso vale para as outras operadoras, mas especialmente a odontológica, eu tenho operadoras que atuam em todo o território nacional, com bastante abrangência e, e também interior, eu também devo lembrar que o reajuste nos planos odontológicos eles diferentes dos reajustes do caso dos planos individuais dos demais, então, já há um compartilhamento social quando, por exemplo, há a questão do rol, quando e ele se inova, isso não é repassado automaticamente ao reajuste, 53%

dos beneficiários das odontológicas estão em municípios do interior do país, 60% das operadoras têm suas sedes localizadas no interior, e a maior parte das operadoras, como o Marcos já ressaltou, mas na odontologia isso é mais evidente, são de pequeno porte. Bom, aqui, só retomando a questão das discussões baseada no decreto 6523, e na regulamentação da matéria pela Anatel, como eu disse, o mercado odontológico contempla diversas operadoras de pequeno porte, então, a obrigação de criação de um call center, de um SAC, e por consequência da obediência a todas as normas que já estavam expressas do decreto, realmente vão representar a própria inviabilidade de algumas operadoras, isso de fato, na época, foi bastante discutido, comprovado, algumas exigências trazem um custo bastante considerado, e eu entendo que não é por causa da questão do acesso ao cancelamento que se deve mudar o rumo dessa discussão, porque de fato as operadoras não têm em seus registros tantas demandas assim que se refiram a dificuldades de cancelamento, então, se fosse um assunto de tanta relevância, talvez fosse o caso de, digo tanta relevância que eu digo, não pode ser tão importante, mas por não gerar problemas no dia a dia das operadoras, então, não deveria ser esse o fator a mudar o entendimento que já valia pra elas. Bom, aí retomo também a questão que o Marcos já disse, que isso era um entendimento que a própria ANS tinha, de respeito ao fato de que nem todas as operadoras deveriam possuir um SAC, e isso ela fez constar da cartilha, então, é um entendimento que nós compreendemos que deva também ser compartilhado nessa ocasião, a questão também do princípio da equivalência, eu não participei da primeira reunião, mas me foi reportado que existia uma discussão jurídica, que foi a mesma que existia naquela ocasião, realmente o que valeu naquele ocasião foi considerar o princípio da equivalência, então, se eu não posso fazer uma

contratação por meio do telefone, também não poderia fazer o distrato por essa via, e foi isso que, inclusive, baseou a ANS a lançar uma cartilha de entendimentos nessa linha. Bom, e a discussão jurídica que teve naquela época foi o fato de que o princípio da equivalência estaria posto no artigo 462, e o que o artigo 473 trata da rescisão unilateral, não do distrato, é claro que posições jurídicas são distintas e aí cada um vai defender o seu ponto de vista, mas o fato é que pra nós, o que fundamentou aquela decisão lá da época do decreto, na verdade deveria basear, porque, ambos os artigos estão na seção do distrato, então, quando me refiro ao termo distrato, estou dizendo de todos os artigos que constam daquela seção, então, não teria porque diferenciar, dizer que o princípio da equivalência está só na 472, e outros tipos rescisão não deveria observar esse princípio, ainda que fosse esse o caso, de não aplicar o princípio da equivalência que foi feito na época da edição do decreto, nós pleiteamos, então, que fosse ao menos vista a questão da analogia com o artigo 13 da lei 9656, quando se refere ao envio de notificação para que o beneficiário inadimplente seja excluído do plano, então, se não fosse pelo lado da equivalência, que sim pelo lado da analogia, no sentido de que se não é permitido coisa que o Marcos colocou aqui também, se não é permitido às operadoras, por qualquer modo, rescindirem um vínculo com o beneficiário, que também o inverso seja verdade. Bom, em relação às fórmulas de cancelamento, como também o Marcos já colocou, não se trata de uma posição firmada das operadoras contrárias ao movimento tecnológico, à eleição de novas formas de cancelamento, mas isso não deve ser feito como uma forma de bolo, não deve ser uma receita pra todas as operadoras, deve representar também, como a representantes da Fenasaúde disse, as maneiras que habitualmente as operadoras já fazem essas comunicações. Bom, em relação a quem pode

solicitar o cancelamento, acho que já ficou claro pra nós também, no plano individual deve ser o contratante e o responsável financeiro, e no plano coletivo também o contratante, principalmente no plano coletivo, o fluxo, a dinâmica do fluxo já não inclui o beneficiário, a operadora sequer, na maioria das vezes, tem conhecimento do endereço do beneficiário porque ela não faz a boletagem individual mais, então, salvo em raros casos, então, essa dinâmica ficaria também muito comprometido se eu incluísse nos planos coletivos a obrigação da comunicação, a permissão do titular fazer essa comunicação. A questão do cancelamento imediato versa a movimentação cadastral nos planos coletivos, então entendemos também que permitir o cancelamento imediato é não entender como que o mercado funciona, porque eu tenho uma série de exemplos pra dar no sentido de que esse cancelamento imediato não consegue ser executado dessa forma, então, no plano individual, por exemplo, eu tenho necessidade de restituição da carteira, que todos já colocaram, eu tenho o prejuízo ao próprio consumidor quando ele efetua o pagamento por uma mensalidade, 30 dias, então ele já pagou pro aquele mês, eu vou ter que instituir mecanismos operacionais pra cálculos de devolução pró-rata, quando na verdade o sistema da operadora pensa num pré-pagamento que dure pelos próximos 30 dias, no plano coletivo tem a questão das movimentações cadastrais, o fluxo de ingresso e de saída pessoas respeita aquilo que foi definido em contrato pelas partes, então, pra nós não há maneira de se operacionalizar o cancelamento imediato. A questão da inexistência de cobrança após o cancelamento, também um exemplo que desconsidera como o mercado funciona, e também tem a questão das movimentações cadastrais, então, se o pedido ocorre após o envio da informação do mês pra operadora, ele pode ser processado só no mês subsequente, isso também varia conforme os ciclos que as

partes contratantes elegeram, eu tenho diversas hipóteses de cobrança após a disponibilização do serviço, então, nos contratos com cláusula de co-participação, e também, pro segmento odontológico especificamente, há multa por rescisão antes do prazo de vigência, é um fator fundamental pra sustentabilidade, pra que haja minimamente uma compensação em razão da retirada do beneficiário, a questão da desistência do pedido por via remota, então, a desistência, eu acredito que nesse ponto não há desistência entre nenhum segmento de representação das operadoras, é lógico que o arrependimento culmina com o caráter aleatório dos planos de saúde, então, de fato não é uma característica que se aperfeiçoa nesse tipo de negócio, e também tem a questão dos trâmites operacionais, que a representante da Fenasaúde também colocou muito bem. A questão do comprovante no pedido, pra nós, a forma já vai naturalmente gerar um comprovante, então não necessariamente a operadora deveria acrescentar a inserção de obrigação de envio de novo protocolo, porque ele já vai ser resultado no próprio movimento em que foi permitido, então, quando se mandar uma carta por AR solicitando o cancelamento, se isso vier a ser permitido, o AR já é o próprio comprovante, se o atendimento for presencial, obviamente ele vai já ter algum tipo de comprovação dado por quem o atender, então, não seria necessário esse envio, e a criação dessa obrigação também deve pensar nas consequências que ela traria, por exemplo, a questão da operadora ter que ter ciência do endereço dos beneficiários pra fazer o envio desse comprovante, isso não é um realidade também, como já coloquei, especialmente nos planos coletivos. Bom, a questão das explicações sobre as consequências do cancelamento, isso é até uma questão que na época da discussão do decreto ficou bastante firmada, que o beneficiário deve-se sentir livre pra fazer o

cancelamento, e de nenhuma forma pode haver aparência de que a operadora está querendo reter, de que a empresa está querendo reter o beneficiário, e a transmissão dessas informações nesse momento, quer dizer, um massacre de informações, porque elas são todas necessárias realmente naquele instante do cancelamento, pode gerar essa percepção, no contrato, o estabelecimento no contrato, nós também temos receio porque a atualização da legislação é algo iminente, algo natural, então, se eu faço a previsão disso no contrato, corre-se o risco de ficar defasado e ele também não vai ter garantia de ciência correta das regras, então, pra nós isso deve estar no portal da ANS, que realmente é o veículo de informação que, inclusive, consta de um local especificamente destinado aos consumidores. Bom, então é isso, espero ter contribuído, e agradeço a oportunidade.

RAFAEL - obrigado, Fernanda, vou passar rapidamente para o pessoal da Anab, pra depois a gente seguir na discussão. Por favor.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA/PROVÁVEL LUCIANA (ANAB) - boa tarde a todos, bom, como a gente está compressa, como sempre, vocês deixaram a Anab por último de novo, só pular aqui as apresentações, todo mundo já conhece a gente, a gente representa as administradoras de benefícios, então, vou pular essa parte das apresentações, vou direto ao assunto, Bom, em primeiro, em relação à forma de solicitação de cancelamento, eu acho que está praticamente todas, tanto as administradoras como as operadoras, elas concordaram com boa parte dos meios de solicitação de cancelamento, não entramos no mérito em relação a ser somente o titular ou se seria, se os dependentes também

poderiam, isso não está na nossa proposta, e ouvindo aqui as discussões, acho que é bem pertinente essa questão do titular, do responsável, e lembrando que a gente trata somente de planos coletivos, a administradora só trabalha com planos coletivos, então, mas em termos de emails a gente colocou aqui presencial, portal de atendimento, carta, carta escrita de próprio punho, email com protocolo de recebimento, importante é sempre ter algum protocolo, e a gente está falando única e exclusivamente solicitação, não dignifica que vai ser feita de imediato, porque as administradoras não concordam que esse cancelamento se dê de imediato, por óbvio, quer dizer que no contrato coletivo você tem, quando esse contrato coletivo tem a participação de uma administradora, o beneficiário ele vai fazer a solicitação, a administradora tem todo, tem que verificar aquele pedido, uma coisa que não foi fala aqui que eu acho que é importante, que todo o trabalho que é feito no caso das administradoras pra tentar reter esse consumidor, eu acho que é um pouco da motivação de quem fez a proposta de estudo, quer dizer, a gente já faz esse trabalho, acho que esse tempo é importante pra isso também, não é só a questão logística, a questão da administradora precisa de um tempo pra verificar o cadastro pra passar pra operadora, pra operadora também verificar, não, também tem o tempo da gente tentar convencer esse consumidor, por vezes, tomar uma decisão por conta de um problema pontual a se manter no plano, quer dizer, a gente se preocupa com isso também, que ele queira se manter nesse plano, em termos de prazo colocamos um prazo aqui de 15 dias, e aí vou explicar mais à frente porque 15 dias, a gente acha que é um prazo razoável, entre a solicitação do pedido, e aí sim, toda essa logística necessária pra processar esse pedido feito pelo consumidor. Encaminhamento do pedido pra operadora e planos coletivos, pedido de cancelamento do plano, deve

ser sempre encaminhado à administradora, a gente entende, lógico, quando a administradora participar, nesse caso deve ser sempre encaminhado pra administradora, que é quem tem o contato direto com a entidade de classe, a entidade representativa ou a empresa, por isso tem que ser encaminhado pra ela, é pra isso que ela serve, que é preciso ela estar ali, no caso de estipulante ela está representando aquele grupo de beneficiários, então não faria sentido os beneficiários passarem direto pra operadora, é imprescindível que as administradoras tenham um prazo pra recepcionar a solicitação de cancelamento, que aquele prazo de 15 dias que nós colocamos anteriormente. Em relação à disponibilização das informações, a gente acha importante também disponibilizar, quer dizer, o consumidor saber quais são as consequências desse cancelamento, dessa exclusão, então, a gente acha que essa informação pode ser disponibilizada no portal da internet, SAC, emails ou nos próprios manuais, como já foi apresentado aqui, nós temos essa obrigação de entregar os manuais, que é o material que o consumidor recebe sempre que ele contrata o plano de saúde, então, nesse próprio manual que dita quais são as regras já estariam ali também as regras de cancelamento, o que aconteceria caso esse cancelamento se efetuassem. E aqui acho que é ponto que talvez tenha causado um pouco de divergência, e eu queria aprofundar um pouco mais a discussão neste ponto, acho que aqui a gente tem que conversar com mais cuidado, quando a gente fala que a gente concorda com o direito de arrependimento. Você tem um pincel, uma caneta pro quadro, não? Porque acho que é interessante ilustrar isso só pra gente tentar racionar junto, porque acho que é importante a gente chegar não num consenso, mas pelo menos entender o que a gente colocou em relação a isso. Enquanto ele foi pegar a caneta, que às vezes imaginou uma linha do tempo, e aí a questão do

pagamento, do pré-pagamento, pré-pagamento acho que subentende, vocês colocaram com isso, até colocaram ali até questão de pró-rata, quanto vai durar o atendimento, o nosso raciocínio é exatamente o mesmo, a gente chama de pagamento, cadê, mês de cobertura, o que a gente considera o mês de cobertura, é aquele mês de competência, quer dizer, uma coisa é o consumidor se arrepender enquanto estiver vigorando o direito à cobertura, que é dentro do mês de cobertura, dentro do mês de competência, porque que a gente raciocinou isso na hora de nossas discussões internas com as administradoras, porque de certa forma ele já tem aquele direito de cobertura naquele período e, portanto, se ele se arrepender, ele não está, ou pelo menos aparentemente não está pleiteando um atendimento, não existe aí a figura do risco moral, porque, porque ele já tem direito àquele benefício, então, por exemplo, se ele tem 30 dias e passados 15 dias ele resolver cancelar, ele teria, em tese, 15 dias a mais, esses 15 dias podem ser de cobertura ou reembolso pró-rata, como foi colocado aqui, então, se ele já tem nesses 15 dias, a cobertura, quer dizer, se ele se arrepende nesses 15 dias, em princípio não haveria nenhuma suspeita de risco moral nesse sentido, então, passados esses 15 dias, ou seja, e são justamente os 15 dias lá atrás que a gente pediu pra fazer todo aquele processo do cancelamento, que é a administradora receber, passar pra operadora, dar baixo em tudo, depois disso aí não, quer dizer, depois que ele já fez, já se passou aquele tempo todo, já foi feita, efetuado o cancelamento de fato, aí não, então, por isso que a gente colocou aqui, último dia do mês de cobertura, então a gente concorda que esse arrependimento aconteça dentro desse prazo, porque, em tese, já é um prazo que teria direito à cobertura, então foi isso que a gente colocou, só pra tentar esclarecer um pouquinho, porque não tenha, na hora que foi colocado, ah,

é totalmente contrário do que foi falado pelo mercado, não é isso, as administradoras, elas representam os consumidores mas elas também se preocupam com o equilíbrio de mercado, também se preocupam com o equilíbrio do setor, então, não é, a gente também não quer que aconteça um, já expliquei em tese, talvez não precisa desenhar, te agradeço, era só pra fazer, não, imagina, só pra fazer a linha aqui. Desculpa, perdão, só fazendo a linha aqui, esse aqui seria o mês de cobertura (1:36:03.2), ele pediu o cancelamento aqui, então esse 15 dias aqui seriam os 15 dias tanto para processar o cancelamento quanto para, se fosse o caso, ele se arrepender dentro desses 15 dias, eles poderia, porque nesses 15 dias ele ainda teria cobertura garantida por conta disso aqui, a gente não discutiu a questão do pró-rata dentro do plano coletivo, a gente acha que é uma situação mais complicada, e aí eu entende as sugestões que foram colocadas, mas para as administradoras a gente acha que é bem complicada essa questão de devolução de reembolso pró-rata, mais tranquilo seria se realmente desse essa cobertura pro consumidor, acho que ficaria melhor pra todos, tanto em termos operacionais como pro próprio consumidor, e aqui não, é partir daqui, aqui já foi efetuado o cancelamento, daqui pra frente não, é isso que a gente está querendo dizer só pra explicar um pouco nossa posição ali. Pode perguntar.

(PERGUNTA DA PLATEIA)

CRISTIANA - (FENASAÚDE) - obrigada, é só uma dúvida, Cristiana da Fenasaúde, vamos supor que o beneficiário, ao invés de pedir esse cancelamento no dia 15 pedisse no dia 28. Você tem agendamentos pra processamento entre os

contratantes e as operadoras, sejam administradoras ou outros contratantes, minha dúvida é isso, se ele pedisse essa desistência lá no dia 28, como que isso é processado.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – PROVÁVEL LUCIANA (ANAB)
- arrependimento só dentro do mês de cobertura, ele teria menos dias de arrependimento, porque aí acaba a cobertura dele, agora, em termos de processamento a gente precisaria daquele prazo pra processar, uma coisa é o prazo de processamento e outro de arrependimento, se for dessa forma os dois batem, os dois são a mesma coisa, agora, por que? Porque a gente tem que prestar a atenção, aqui ele já tem direito à cobertura, então não teria nenhum tipo de prejuízo em termos de arrependimento, pra cobertura, porque ele já tem direito, ele já pagou por isso aqui, não tem nenhum problema, agora, fora daqui não, fora daqui seria simplesmente a questão logística mesmo de fazer o cancelamento, do prazo que a gente precisaria pra dar baixa no processo.

CRISTIANA - 15 dias parece tempo suficiente pra fazer qualquer eventual, o beneficiário.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – PROVÁVEL LUCIANA (ANAB)
- não significa que não possa ser processado antes, quer dizer, é o tempo máximo, aí também teria que ver essa questão antes, mas acho que em tempo de cobertura, acho que é o que preocupa, pelo que foi colocado aqui pelo mercado e pelas operadoras é a questão do risco moral, a questão de ter que dar cobertura, já aconteceu alguma coisa eventual, enfim, dele se arrepender única e exclusivamente pra querer utilizar, então, se é essa a

preocupação, essa preocupação não existiria nesse sentido aqui, entendeu. Agora tem a questão da urgência e emergência que eu ainda vou falar, calma. Vamos lá. Forma de disponibilização do comprovante do pedido de cancelamento realizado por meio eletrônico, bom, se essa solicitação de cancelamento foi realizada por portal, apenas a questão da confirmação de recebimento da solicitação, de novo o protocolo, sempre tem um protocolo, e aí facilitando pra que o consumidor possa acompanhar o pedido. Bom, no caso da situação de urgência e emergência, a gente jogou um pouco a bola pro mercado aqui, porque na verdade é uma questão de competência exclusiva das operadoras, e aí a gente ficou numa longa discussão sobre isso, interna, mas o que acontece, é difícil pra gente, de novo a gente voltou ao ponto lá do mês de cobertura contratual, que dentro do mês de cobertura contratual acho que é uma lógica, um direito, o consumidor pagou pra ter aquilo ali, então não há discussão em relação a isso, pelo que foi colocado aqui acho que todos concordam, agora com relação a urgência e emergência, por lei ele já tem direito a urgência e emergência em 24 horas, agora, a questão é depois daquele prazo, depois que foi efetuado o cancelamento, ou no período, se aquele período fora, como a gente viu ali na frente, for fora do período de cobertura, é uma coisa complicada que tem que ser avaliada, então, por isso que a gente colocou, como na verdade, as administradoras não são responsáveis pelo risco, elas não têm redes credenciadas, elas não atuam como operadora, a gente se absteve desse tipo de resposta aqui, isso aí a gente realmente deixou a critério, porque seria leviano de nossa parte julgar esse tipo de coisa, esse tipo de questão. É isso, gente, obrigada.

RAFAEL - bem, Luciana, próxima câmara técnica que tiver a gente já assume o compromisso de inverter a ordem, fazer um sorteio mesmo, a gente faz um sorteio aqui interno, por favor, bem, pessoal, a gente vai estar um pouquinho atrasado, eu vou seguir à frente, deixa eu só fazer algumas ponderações aqui, só pra gente ir caminhando, das sugestões de encaminhamento, Primeiro, como eu disse no início da apresentação, são sugestões, o que aconteceu, desde a primeira câmara técnica, aliás, desde que a gente recebeu a recomendação e apresentou na colegiada, uma das sugestões nossas foi construir um grupo interno com a participação de todas as diretorias, a grande maioria está aqui, eu agradeço a presença de todo mundo, então, a ideia foi desde o primeiro momento a gente concatenar as ideias e o operacional, principalmente da fiscalização do que ocorre, tanto que na última reunião a gente trouxe até o número de reclamações que foram feitas em relação a esse item, que é a questão do cancelamento, e é sempre bom, desde o início, a gente colocar em situação o seguinte, o que a gente está tratando aqui, a gente está tratando aqui duas situações que vêm acontecendo problemas, em que pese pode ser pouco ou muito o número de reclamação, a situação um é o seguinte, é o fato do beneficiário querer sair do plano, desejo dele, qualquer motivo que seja, que não tem condições de pagar, porque ele não quer mais ter plano de saúde, ou qualquer questão de foro pessoal, essa é uma situação que está sendo discutida, e a segunda situação é a seguinte, a partir do momento em que ele formaliza aquele pedido pra operadora, que ele chega à operadora, ou administradora, ou à PJ contratante, nos planos coletivos, que a gente vai mostrar daqui pra frente, é a eventualidade disso não ser recebido pela operadora ou pela PJ ou pela administradora, e ser continuada, feita a cobrança a ele, por exemplo, eu faço a formalização hoje, que é dia 30 de março, esse

pedido não é formalizado e acaba que o beneficiário, ele continua recebendo o boleto, continua recebendo cobrança de um serviço que ele não quer mais, esse é todo o escopo que está sendo discutido, e também trazer em discussão que na primeira reunião da câmara técnica a gente já vinha discutindo essa questão do aumento de escopo, a gente sabe, e a gente tem conversado bastante, tem o pessoal da fiscalização, como eu já disse aqui, que está em andamento uma câmara técnica que está sendo coordenada lá pelo pessoal da Difis, sobre esse assunto, a gente fazer tanto a regulamentação lá quanto aqui de forma conversada, aberta consulta pública, então, a gente aqui está tentando, focando o escopo nesse sentido da questão do cancelamento, ao ponto que lá está sendo discutida a fórmula de cancelamento, das formas de cancelamento quando o beneficiário está inadimplente ou não aparece, isso, mesmo que tenha algum assunto que sobre depois tanto dessa discussão quanto da fiscalização, a gente não se furta a manter o diálogo, então isso pode ser feito, se for o caso, até se houver necessidade de abrir uma nova câmara técnica ou discussões técnica, súmulas, adequações d normativa, enfim, só pra deixar claro pra gente tentar focar aqui, não nos principais itens que foram trazidos pra regulamentação com a recomendação do MPF pra que a gente possa tentar construir um normativo e que não seja demasiadamente também complicado, seja um normativo simples, vocês vão ver que nessas sugestões de encaminhamento a gente buscou tentar tornar simples os procedimentos pro beneficiário pedir a saída do plano. Outro assunto, antes da gente falar, que eu acho importante sempre trazer á baila, que, aliás, gera até bastante confusão, é a questão do artigo 17 e do 18 da RN 195, esses dois artigos acabam gerando uma certa confusão, principalmente, com conceito, a gente sempre deixar claro que o 17 da 195 é um artigo que serve única e

exclusivamente no relacionamento entre a pessoa jurídica e a operadora, foi uma novidade que a 195 trouxe, a questão do prazo de 2 meses mínimos, isso não se aplica ao consumidor, em nenhum momento é obrigado nenhum contrato cativo, o consumidor tem que ficar pelo menos 12 meses, que isso fique sempre bem claro, porque esse não é o escopo do artigo 17, ao ponto que o artigo 18, foi abordado aqui várias vezes, ele fala da questão da saída do beneficiário, que só a pessoa jurídica, exceção daquelas duas regras que estão no parágrafo único, inciso 1 e 2 do artigo 18, é sempre importante dizer que é o seguinte, a vontade do consumidor sair do plano tem que ser preservada, como a gente vai operacionalizar isso, a Luciana trouxe a questão de estender o prazo, foram feitas outras propostas, questão do pagamento posterior, isso a gente está pra discutir aqui, agora, é importante dizer que essa forma, esse pedido do consumidor sair do plano tem que ser preservado, é um direito dele sair, claro que tem a questão abordada, a questão odontológica, a gente pode estudar, não trouxe nas sugestões de encaminhamento, mas é sempre importante deixar claro isso, o interesse, o desejo manifestado do consumidor de sair do plano e pagar efetivamente pelo período que ele esteve usufruindo do plano, e umas vez fechado esse pedido, finalizado esse pedido, e não houver cobranças posteriores em relação aos serviços, o que ele usou do período anterior, ok, a co-participação que ele usou no dia 27 de março, levado em consideração que o pedido foi feito hoje, foi finalizado hoje, ok, agora, que não seja cobrado eventual atendimento no dia 2 de abril, é isso que a gente está querendo trazer aqui pra discussão, e a questão da informação também, a questão da informação, que a gente abordou bastante, pessoal, antes de entrar aqui na apresentação, é sempre importante dizer que a gente está trazendo sugestões de encaminhamento, o que nós queremos aqui é que não só o

peçoal que está aqui, porque isso aqui, acredito, que em 48 horas está na internet, vai poder mandar contribuições, vai poder mandar sugestões, pode ser, pessoal, não é bem assim, não é por esse lado, isso aqui vai ficar inviável, por isso que a gente não falou proposta, a gente falou sugestões de encaminhamento, pra justamente a gente caminhar de uma forma que a gente possa na próxima reunião, que é a terceira reunião, já trazer uma proposta, as contribuições de vocês, não só de vocês que aqui estão, mas qualquer cidadão pode mandar um email, que faz parte da câmara técnica, qualquer participante da câmara técnica, perdão, é importante justamente pra que a gente construa uma proposta que depois vai ter consulta pública, mas pra que a gente já possa, de certa forma, seguir numa linha, seguir num caminho. Então, vamos lá, a gente dividiu aqui por questão de didática as sugestões de encaminhamento em três quadrinhos aqui, depois (1:48:40.8) a gente trouxe algumas provocações para serem discutidas, primeiro quadrinho que a gente trouxe aqui é a questão da solicitação presencial, ou seja, que o beneficiário vai, ah, um detalhe importante antes da gente seguir, a gente não está exigindo aqui que a operadora tenha atendimento presencial, que tenha atendimento SAC, que tenha atendimento por carta, enfim, a gente está abordando aqui as formas, se assim solicitar o beneficiário, como é feito, porque, a gente quer justamente que você digam pra gente se efetivamente isso aqui é viável ou não, isso aqui é impossível de ser feito, então, dessa forma, na solicitação presencial, seria feito nos planos individuais ou coletivos, que o beneficiário vai à operadora, então, ele vai na sede da operadora, ou no estabelecimento com a operadora, e ele vai direto, procura a tendente, chegou, hoje eu vou cancelar meu plano, hoje é 30 de março e vou cancelar meu plano, ele se dirige à operadora e nessa oportunidade, isso aqui a gente colocou em todas, a gente

colocou em todas as possibilidades, essa questão da informação, eu só peço a gentileza de vocês guardarem aqui essa questão das consequências do cancelamento, que eu acho importante o que o pessoal da Fenasaúde trouxe, se a gente ficar alertando, a pessoa vai dizer, não quero mais então, você acaba, porque perco tanta coisa, então, não pode criar um certo terrorismo com a pessoa, mas é sempre importante dizer pra ele, olha, o senhor ou a senhora vai perder isso, é isso mesmo? Só pra fazer um reforço, e a questão da informação a gente vai trazer lá na frente com a nossa proposta pra que a gente caminhe, vai ser feito, informada essas consequências de cancelamento, que a gente colocou dois exemplos aqui, que é a carência e a portabilidade, e a gente estipulou um prazo aqui de 90 dias corridos, não só úteis, pra que essas eventuais cobranças ou devoluções, devoluções é o famoso pró-rata, sejam feitos pela operadora a partir do cancelamento, neste caso aqui, como seria no dia, seria presencial, ela teria até 90 dias pra mandar, por exemplo, a co-participação do serviço que ele usufruiu na sexta-feira, certo, a ideia seria essa. Nesse ato aqui, ele, frente a frente com o atendente, ele iria confirmar a solicitação, depois de ser alertado disso aqui, já estaria na norma, mas seria novamente alertado, e a partir desse momento seria contato esse prazo de 90 dias, que está abordado aqui no quadrinho anterior, e o que a gente trouxe, a gente trouxe aqui no cancelamento presencial, na solicitação presencial, que o beneficiário ele pode receber esse comprovante de que o plano foi cancelado em até 10 dias úteis, ou seja, se ele fizer a solicitação hoje a operadora tem até 10 dias úteis pra encaminhar, e a gente usou a mesma lógica da 319, que é via postal por email, o caso sua escolha, que é uma lógica já está sendo utilizada pelas operadoras há um tempinho, aí os senhores e senhoras podem perguntar, o prazo de 5 anos , porque o prazo de 5 anos, porque é o

prazo de prescrição, que está lá no CDC, então, em até 5 anos, de daqui a 4 anos e 9 meses quisesse a comprovação de que cancelou o plano, a operadora teria que encaminhar para ele, essa aqui foi o cenário que a gente construiu com sugestão de encaminhamento pra solicitação presencial, lá no caso email remoto, o que a gente fala de email remoto, email remoto é carta, SAC, email ou o portal corporativo, a página da operadora na internet, a gente fez uma divisão entre operadoras, perdão, deixa eu voltar aqui, 10 dias, não, não, pra esclarecer, esses 10 dias úteis é só papelinho, o atendimento cessou, certo, chegou lá, entregou a carteirinha, quero cancelar, cessou, ele foi lá, frente a frente com o atendente, entregou, cessou o atendimento, esse prazo aqui seria pra mandar o comprovante, seria tipo um comprovante, o comprovante da 319, fazendo uma analogia. Pessoal, deixa só, por gentileza, a gente sempre fala que está gravando ali, então, podem tirar as dúvidas, só pra gente, só pedir a gentileza pra falar no microfone, porque senão a gente pede na gravação e fica aquela reticência na gravação. Seguindo, o que a gente fez aqui no meio remoto, a gente divergiu entre operadoras e administradores de benefícios. Cristiana, por favor, quer que eu volte.

CRISTIANA - tive uma dúvida em relação a esse primeiro slide, o cancelamento seria processado no momento em que o beneficiário está na frente do atendente?

RAFAEL - isso, exatamente, a proposta é esta.

CRISTIANA - então, cancelamento instantâneo.

APRESENTADOR - exatamente, no caso presencial, entendeu, seria a única hipótese. A gente tem uma provocação pra fazer depois, mas vou deixar pra frente, pra depois. Oi, querida, fale.

FABÍOLA (ANAB) - é Fabíola, da Anab, mas você está falando que a cobertura também cessaria naquele momento, só nesse caso, nos outros não.

APRESENTADOR - só neste caso, nos outros a gente vai mostrar agora aqui.

MÔNICA - se é um plano em que a administradora como intermediária, ele vai na administradora.

RAFAEL - não, a gente está colocando aqui dele ir na operadora, a gente fez essa divisão por questão didática, vou mostrar mais pra frente.

MÔNICA - mas vocês veem a possibilidade de um beneficiário que fez a contratação via administradora ir direto na operadora que presta o serviço.

RAFAEL - vamos lá, beneficiário faz contrato com PJ, certo, então, a administradora é uma, a administradora de benefícios presta serviço pra PJ, então, a gente previu a possibilidade dele ir na PT também, só que estou colocando aqui que ele procura diretamente a operadora, porque está sempre vinculado a uma operadora, mesmo sendo a

administradora uma operadora, entendeu, mas sempre está vinculado, então, a proposta é esta, mas a gente vai trazer os entendimentos aqui pra. Por favor, querida.

CAROLINA (UNIDAS) – Rafael, eu, a minha dúvida é a seguinte, no caso das associações, o beneficiário titular ele vai lá e ele tem que entregar a carteirinha, e nesse momento ele tem que levar as carteirinhas de todos os dependentes agregados dele?

RAFAEL - no caso da associação tem que ser visto o regulamento ou contrato, porque senão houver previsão de que os dependentes saem, não é obrigatória essa saída, eles podem continuar no plano, isso é o que está previsto lá no artigo 18 da RN 195, então, é o seguinte, se ele for lá entregar a carteirinha dele, ele saiu, os dependentes permanecem, se houver previsão da operadora tirar todo mundo, isso aí vai ser feito de forma automática pela operadora, agora, se não houver os dependentes podem permanecer no contrato, está previsto na RN 195.

CAROLINA - entendi, vai ser observado caso a caso, porque a nossa preocupação são sempre os pensionistas.

RAFAEL - perfeito, se não houver previsão de exclusão dos pensionistas, eles podem permanecer no plano, se houver previsão de exclusão, eles vão sair do plano, sempre é importante dizer o seguinte, que um detalhe que eu acho importante no cancelamento do plano é que no plano individual, qualquer pessoa pode chegar e pedir o cancelamento, certo, é claro que a RN 195, a norma de

portabilidade ela já é clara de que o vínculo é individualizado, em que pese a questão da 254 trazer essa questão da adaptação, a intenção da ANS na época, até em discussão que teve com as operadoras, foi de evitar que aquela medida, que é uma medida que não tem volta, que é adaptação, seja tomada por qualquer pessoa, por isso que foi escolhido o titular ou o contratante, agora, a ANS entende, até a portabilidade é assim, a RN 195, artigo terceiro, fala, qualquer beneficiário, mesmo que seja dependente, ele não quer continuar no plano, ele pode pedir a exclusão, é claro que a gente tem que levar em consideração que se ele for menor de idade, tem que ter representação, aquilo que está no código civil, já no plano coletivo tem que observar essa questão da dependência, porque a 195 é clara que se o titular sair, os dependentes podem ser excluídos por perda do vínculo de dependência desde que haja previsão no contrato, se não houver previsão no contrato eles podem permanecer. Querida, por favor.

(1:58:11;5)

TIARA (ANAB) - você acabou de esclarecer, que foi justamente a questão de perder o vínculo do titular, no plano coletivo, desculpe, eu não me apresentei, é Tiara, da Anab, e a outra dúvida é com relação ao consumidor, ao beneficiário titular, independente do tipo de contratação, se coletivo empresarial ou coletivo por adesão, ele indo na operadora, a operadora é obrigada a processar o cancelamento, é essa a proposta, não ficou claro.

RAFAEL - só no presencial, só no presencial, ele ir lá, amparo é ser direto à operadora.

TIARA - mas não tem que ter a anuência da pessoa jurídica contratante pra processar?

RAFAEL - olha só, o beneficiário adere a um contrato, o que gente está falando aqui é o seguinte, o contrato entre a operadora e a pessoa jurídica contratante, tendo ou não a intervenção da administradora de benefício, permanece, estou falando é que o consumidor não quer permanecer mais vinculado àquele contrato, então, ele pede pra sair, ele pede a saída daquele contrato.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA - a questão dessa proposta é falar, é a operação disso, é impossível, porque se já é difícil você fazer uma operação daqui pra cá, imagina da operadora para as administradoras. Você imagina contratualmente quem é responsável pelo cadastro e pelo pagamento é a administradora, então, isso até atingiria uma cláusula contratual que não teria como fazer isso, porque o cadastro hoje e a exclusão e inclusão de beneficiários ficam por conta da administradora.

RAFAEL - pois é, vamos lá, isso a gente pode discutir, só é importante trazer à baila o seguinte, a gente adotou uma postura mais conservadora em relação às administradoras, agora, a gente tem que ver como você vai garantir direito do beneficiário que quer o cancelamento imediato, isso é um direito dele, ele pode procurar a administradora, só que, a gente trouxe aqui a situação da operadora, como eu

disse, são propostas de encaminhamento, pode ser que a gente encaminhe por outro sentido, está trazendo aqui justamente pra vocês trazerem os subsídios.

MÔNICA (FENASAÚDE) - Rafael, só fazer um parêntese, há caso em que o preço estipulado ele é uma resultante do número de beneficiários daquele contrato, e principalmente quando é por faixa etária, então, quando há uma saída de algumas vidas que resultem, a saída dessas vidas, desculpe, eu sou Mônica, da Fenasaúde, pode resultar na alteração da configuração daquele contrato, e também no prêmio pago por essa população, então, no pós-pagamento também, então, essa iniciativa, essa possibilidade dele ir diretamente à operadora, seja empresarial, seja adesão, ela está atropelando etapas que a pessoa jurídica tem obrigatoriamente que ser envolvida, até pra revisão da taxa cobrada e pra outras situações.

RAFAEL - ok, vamos lá, por etapas, primeira coisa pra gente equalizar o entendimento, é o seguinte, saída do plano é o direito do consumidor, ok, estamos de acordo, agora o seguinte, então, ele pode sair a qualquer momento, ok, todo mundo de acordo, beleza, só pra gente seguir.

MÔNICA - ele pode solicitar a qualquer momento, mas a proposta, que tanto a Fenasaúde quanto outras entidades fizeram é que fossem observadas algumas datas.

RAFAEL - não consegui seguir, essa questão da administradora, estou passando pra vocês sugestões do grupo interno, a gente pode caminhar em relação a isso, e

é justamente por isso que a gente quer trazer as discussões, por isso que a gente dividiu didaticamente, pode ser que na frente a dúvida de vocês pode ser esclarecida. Vamos pro segundo, (2:02.8) a gente trouxe a questão da solicitação por meio remoto, que seriam essas quatro etapas aqui, que é carta, SAC, email e ou a página da operadora na internet, nesse caso a gente, uma dificuldade que a gente teve, principalmente em relação à carta e também nos outro é a questão da identificação da identidade do beneficiário, certo, a gente está falando aqui, a gente não está falando em nenhuma hipótese aqui de obrigar a questão do SAC, mas de identificar, porque uma pessoa pode ligar se passando pela outra e na realidade ela não ser, a questão do email e do acesso à página na internet é a mesma coisa, então, o que acontece, a gente criou uma forma, um período pra que a operadora faça esse feed-back, a gente está falando aqui de operadora, depois a gente vai falar de administradora, esse feed-back para o beneficiário, que ela teria início de contagem de prazo que seriam 7 dias úteis, até 7 dias úteis, para certificar-se da identidade, justamente por causa da possibilidade de alguém mandar o email, uma carta, enfim, pedindo sua solicitação e seguir o mesmo rito que a gente já abordou lá na apresentação anterior, que as consequências do cancelamento, que a gente vai falar mais na frente da questão do prazo, e a questão da cobrança do prazo de 90 dias, depois que entrar-se em contato com o beneficiário, ele iria confirma essa solicitação e iria comprar os 90 dias de cancelamento, e aqui a gente volta para o mesmo item da anterior, dos 10 dias de prazo pro envio do comprovante, o prazo de até 5 anos, a gente dividiu aqui pra questão da administradora, quando o beneficiário procura a administradora, já sei que vocês vão perguntar sobreo PJ, a gente vai abordar mais na frente, beneficiário na solicitação por meio remoto ou presencial junto à

administradora, ela teria que encaminhar essa solicitação junto à operadora, pra ter esse prazo de 2 dias úteis pra encaminhar pra operadora, e aí começaria o tal prazo da solicitação anterior, já vi que vocês estão falando da questão da operacionalização, por favor, mandem as contribuições, eu estou falando como a gente está pensando que a operacionalizar aqui de acordo como funciona a normatização, vocês mandando pra gente a gente analisa, isso aqui não é uma proposta, são sugestões de encaminhamento, como a gente está construindo, até porque vai ter um item mais na frente que vocês vão ficar um pouco exaltadas, mas a gente trouxe justamente esse item pra discutir, que é a questão do site, lembrando que a gente está, vai colocar essa apresentação.

CAROLINA (UNIDAS) - eu tenho 7 dias úteis pra confirmar com ele, meu nome é Carolina, da Unidas, e a partir desse meu contato, que pode ser por telefone, por email eu tenho que cancelar imediatamente, é isso?

RAFAEL - não, você vai entrar em contato com ele e em até 7 dias úteis, e entrando em contato com ele você cancela na hora.

CAROLINA - cancela na hora, e a carteirinha.

RAFAEL - a carteirinha está sendo utilizada, você tem 7 dias úteis pra fazer esses trâmites burocráticos, e se for o caso parar a utilização da carteirinha.

CAROLINA - na norma não vai estar previsto que ele tem a obrigação de me entregar a carteirinha.

RAFAEL - não porque isso aqui é meio remoto, o presencial ele teria porque vai estar presente no momento, mas neste caso, por ser meio remoto, não há a previsão da carteirinha, a gente pode ver como é operacionalizar isso, a gente não pode exigir que o consumidor se desloque pra fazer essa entrega. Querida, por favor.

CLARIÇA (FENASAÚDE) - oi, Clariça, Fenasaúde, quando a operadora fizer contatos nesses 7 dias pra confirmar o recebimento do email, a gravação telefônica vai valer como confirmação de cancelamento?

RAFAEL - sim, sim, a gente até vai falar na frente a questão da utilização do SAC, então, pessoal, aqui, na questão da administradora de benefício, presencial ou remoto, ela mandaria para a operadora, já anotei a contribuição de vocês, vocês, por favor, mandem pra gente, como é operacionalizar isso, da questão da administradora, é importante a gente ter segurança e o processo esteja descrito no normativo na hora do cancelamento, principalmente nos contratos coletivos. Fala.

FERNANDA (SINOG) - Fernanda, do Sinog, na verdade, tanto a primeira proposta do presencial quanto esta acaba resultando no cancelamento imediato, porque ainda que eu tenha 7 dias úteis pra fazer a conferência de que de fato foi ele quem pediu, se eu fizer isso, por exemplo, no primeiro dia, eu estou entendendo, já naquele primeiro dia eu teria

que fazer o efeito do cancelamento, e aí só volto na questão que todos colocaram, que a dinâmica da devolução das carteiras e da comunicação com a rede, então, na verdade mesmo, tanto no caso presencial quanto aqui estamos falando do efeito de cancelamento imediato.

RAFAEL - vamos lá, essa questão, o que a gente não pode é procrastinar no tempo a forma do cancelamento, a gente já está dando um prazo de 7 dias úteis que aí a gente tem que ter um prazo justamente pra ter essa operacionalização, principalmente na questão por meio remoto, agora, a gente tem que ver de uma forma de que o beneficiário não fique aguardando ad aeternum essa questão do cancelamento, isso é importantíssimo a gente caminhar com esse entendimento, pra que a gente possa com maior segurança, porque às vezes o beneficiário faz o pedido e fica aguardando, a grande parte dos problemas advindos dessa situação ocorrem nesse sentido.

FABÍOLA (ANAB) - Fabíola, da Anab, uma coisa, esse slide vai estar disponível, então, a gente pode mandar as contribuições em cima do slide, e outra coisa, a gente tem que, acho que pensar numa maneira, se houver uma utilização indevida pelo beneficiário, que isso pode acontecer, entre o pedido dele até os 7 dias pra gente cancelar.

RAFAEL - perfeito, não, um detalhe importante, pessoal, enquanto esses 7 dias úteis, vamos dizer que vocês cancelem em 10, e nesses 7 dias úteis, enquanto ele não confirma a ordem de cancelamento o contrato está valendo, então, por exemplo, se ele fez o pedido segunda-

feira da semana passado vocês estão no prazo de 7 dias úteis, vamos dizer que no dia 2, quinta-feira, agora, vocês entrem em contato com ele pro cancelamento, se ele fez uma consulta hoje ou teve um procedimento, isso está albergado pelo contrato, esses 7 dias úteis aqui é um prazo, mas o contrato ainda está valendo, a ideia é essa, só um minutinho.

MARCOS - Marcos, da Abramge, Rafael, eu acho o seguinte, a gente concordo plenamente, o consumidor não pode esperar ad aeternum pra um cancelamento, isso é evidente, mas também não precisa ser 8 ou 80, não seja ad aeternum, não tem que ser de imediato também, porque existem questões necessárias procedimentais pra poder desenvolver aquela situação, é importante a qualidade da informação, volta nesse mesmo critério, a parti do momento em que a pessoa entra no plano de saúde, ela tem que ter ciência que eu entrei, pra mim sair, do momento que eu manifesto eu vou ter que aguardar, por exemplo 10 dias, então, dizer que eu tenho que aguardar 10 dias não é nada absurdo no sentido de que, ah, está ferindo o direito do beneficiário, não, eu estou resguardando o seu direito, só que pra que você saia, do momento em que receber a sua informação de que você quer sair, eu tenho que operacionalizar tudo isso e essa operacionalização vai demandar 7 dias, 10 dias, 15 dias, quantos dias forem definidos, mas isso não é, infringir o direito do beneficiário que saiu do plano, tem que ficar claro que ele não ficar ad aeternum, mas não pode ser 8 ou 80, pra não ser ad aeternum, tem que ser imediato, não necessariamente, a gente tem que fixar um prazo, mas esse prazo tem que ser observado, tem que ser um prazo necessário, esses 7 dias, pelo que a gente está entendendo, é 7 dias pra mim poder confirmar com o

beneficiário se é ele mesmo, enfim, pra eu chegar a essa confirmação, a partir do momento que eu confirmei não é 7 dias pra eu fazer o cancelamento, a partir do momento que eu confirmei, tem que cancelar de imediato, então, se eu confirmei no primeiro dia ou no sétimo, eu tenho a partir do momento que eu confirmei, eu vou ter que cancelar de imediato, não vou ter esse tempo necessário pra poder tratar essa informação, eu acho que é esse o pleito que está sendo apresentado.

RAFAEL - pessoal, deixa só, o Daniel quer falar, só pra eu pedir o seguinte, ainda tem vários slides na frente, senão, o que acontece, a gente tem vários itens aqui, tem ideia ainda complicados, senão a gente não vai seguir, só antes de falar pro Daniel, o Marcos, a ideia é o seguinte, o pedido do beneficiário cancelar o plano ele já fez aqui quando ele mandou a carta, quando ele entrou em relação ao SAC, o email, a página, esse prazo que você está falando é aqui, a gente ver a questão do prazo, a gente colocou 7 duas úteis, pode mais, pode ser menos, a questão do prazo a gente discute, como foi discutida a própria RN 259, agora, a gente tem sempre que levar em consideração que start está aqui, ele não presencial, aqui no caso é o presencial, deixa eu voltar aqui, este caso aqui é remoto, é, mas o start está aqui, este prazo aqui para o trâmite burocrático é até 7 dias úteis, como vai ser feita essa solicitação, vai ter que chegar o momento em que vai ter que ser finalizado, se a gente não coloca o prazo aqui pra ter um fim disso, que 7 duas úteis, em média 10 dias, pode ser menos, mais, qual o tempo que isso vai durar, essa que é a situação, porque ele já manifestou o desejo dele aqui, só vou pedir uma gentileza, vou passar a palavra para o Daniel, depois a gente segue pra depois a gente volta na apresentação, até pra entrar nos debates.

DANIEL - Daniel, Unimed do Brasil, provavelmente você vai falar da questão do pró-rata, então, nesse caso vai ter que se devolver o dinheiro, é isso?

RAFAEL - vamos chegar lá, o pessoal, a gente fez uma divisão aqui de forma didática, como eu disse, questão da operadora, administradora, já anotei a contribuição de vocês em relação à administradora, o grupo está aqui, já ouviu, tem que caminhar, o que a gente fez depois, a gente fez esses quadrinhos aqui pra fazer a proposta de encaminhamento, só que a gente trouxe algumas questões que ficaram pendentes, a gente não trouxe em forma e quadrinho, volto a dizer, tem questões aqui um pouco complexas que podem gerar um pouco de discussão, só vou pedir a gentileza de eu finalizar, depois a gente segue nos debates, pra gente encaminhar, e volto a dizer, por favor, qualquer discordância, melhores formas, se quiser mandar da forma que está descrito aqui, se quiser criar um novo cronograma, por favor, mandem pra gente, pra gente encaminhar e elaborar uma proposta. O que acontece, a nossa ideia da solicitação presencial na operadora, ela ter efeito imediato, porque? Porque o beneficiário lá estaria, então ele procuraria a operadora e isso teria efeito imediato, isso não obstaria o fato dele receber esse comprovante, que foi o que a gente discutiu lá, no prazo de até 10 dias úteis, eu solicitei hoje, a operadora tem até 10 dias úteis pra mandar, é uma analogia, a RN 319, que ela já traz essa disposição, e a questão do prazo de 5 anos lá do CDC, que acho que está todo mundo aqui de acordo, que a gente não tem muito que fugir, que está lá na lei. Então, (2:15:43.1) nesse prazo de 5 anos a operadora tem que manter esse comprovante, que pode ser email digital, pode ser qualquer forma, até pro beneficiário solicitar, isso

a qualquer momento, até pra dar mais segurança, da parte do beneficiário ele pode pedir essa solicitação por 4 anos por qualquer motivo, às vezes porque tem que apresentar na Receita, enfim, qualquer motivo, a gente albergou aqui, e isso foi uma discussão grande que o grupo teve, a pessoa da pessoa jurídica contratante, porque: Embora a gente sempre fale, está no normativo, o contrato coletivo, não o individual, esquece o individual nesse item, contrato coletivo ele é firmado entre a PJ e a operadora, a ANS não tem poder normativo nem legislativo pra regular as pessoas jurídicas contratantes por motivos óbvios, então o que acontece, o que a gente fez aqui, a pessoa jurídica contratante, ela, em alguns caso, vai receber o pedido do beneficiário, nesse caso ela teria que encaminhar esse medido ou pra pessoa jurídica, perdão, pra operadora ou pra administradora de benefício, o que a gente seguiu aqui nessa proposta pra tentar colaborar ao máximo, aumentar o rol de possibilidades de acesso do consumidor, por que? O que acontece? A gente ainda vê nesse mercado, e a agência tem trabalhado nisso, e a gente está pensando em lançar algumas medidas pra aumentar essa questão da informação, é o seguinte, há até um certo desconhecimento por parte do beneficiário, em que plano que ele está, qual é o a operadora que presta serviço, a gente ouve, senhores e senhoras já devem ter ouvido alguns beneficiários falarem que estão vinculados a uma administradora de benefício como se fora operadora, ele realmente está sendo representado pela administradora de benefício porque ela presta serviço pro contratante, mas ele tem que se ciente de que ele está prestando serviço, quem está assumindo o risco é uma operadora de planos de saúde, então, a gente tem que pensar de uma forma que o beneficiário ele possa ter o acesso, ou o PJ, que os senhores e senhoras sabem que a gente tem uma limitação legislativa pra regular, pra estipular norma, a gente não pode, a ANS não pode fazer

isso, ou a operadora e administradora de benefícios, e o que acontece, a gente, nessa hipótese do beneficiário procurar esse player aqui, que é a pessoa jurídica contratante, ele recebeu um protocolo de acesso, é essa a situação que a gente colocou aqui desde , por isso que a gente não abordou nos slides, nos esquemas anteriores, vai procurar a PJ contratante, mas essa PJ contratante vai mandar esse pedido de exclusão do beneficiário pra operadora ou administradora de benefício, porque que o acesso do beneficiário à operadora, à administradora de benefício não contraria o artigo 18, porque é um direito dele sair a qualquer momento, o artigo 18 ele limita as hipóteses de que operadora pode tirar, porque no caso só a PJ pdoe pedir a exclusão do beneficiário, agora, isso na hipótese do beneficiário não querer sair, porque quando ele não quer sair por fraude, nas duas hipóteses que a operadora pode tirar, por fraude ou por perda de vínculo de dependência, via de regra ele não quer sair, ele está sendo saído, então, o artigo 18 trouxe uma disposição nesse sentido, a saída do beneficiário por qualquer motivo, questão de foro íntimo dele, é um direito dele, e a gente tem que aumentar o rol de informações, como a gente vai operacionalizar isso a gente está trazendo as propostas, precisa que vocês tragam o feed-back pra gente construir uma linha simples e clara para que o beneficiário possa sair do plano, é essa a discussão que a gente está trazendo aqui. A questão do protocolo de atendimento, a gente fez questão de colocar aqui, a questão do protocolo de atendimento a gente fez questão de colocar aqui porque é uma coisa que a ANS já vem trabalhando nisso há muito tempo, que é a RN 259, acredito que isso aqui não tem muitos problemas, principalmente porque é uma forma até de que a operadora se resguardar, de que ela está processando aquele pedido no prazo, na questão das solicitações de email por internet a gente fez uma proposta

aqui que aí a gente pensou internamente, mas precisa de feed-back de vocês, que é a possibilidade das operadoras que assim operam, página na internet todas elas são obrigadas a ter, independentemente do porte, pela RN 190, agora, essa questão da resposta automática é importante trazer porque via de regra, quando a gente manda um email com a resposta automática gerou p número de protocolo tal, isso seria importante pro beneficiário receber porque foi uma forma de que a operadora ou a administradora recebeu aquele pedido do beneficiário por email ou pelo sítio da operadora na internet. Aí uma questão que foi trazida pelas operadoras com bastante propriedade e a gente concorda integralmente, a questão das consequências do cancelamento e exclusão, até a Fenasaúde fez um rol exaustivo, um slide inteiro das consequências. e realmente, o beneficiário aí, é importante que ele saiba isso, a gente vai trabalhar pra divulgar isso numa linguagem de fácil acesso, a ideia que era, não só a ANS disponibilizando em nossa página , a gente vai fazer isso, mas contar com a colaboração das administradoras e operadoras, que coloquem esse item na página pra que o beneficiário, mesmo que ele não queira cancelar, ele possa a qualquer momento, ah, e se eu for cancelar, o que vai acontecer, porque essa informação estando disponível de forma fácil, numa linguagem de simples acesso, o beneficiário pode tomar a melhor decisão pra situação dele, se ele vai querer permanecer no plano ou se ele está passando por uma condição ruim e vai cancelar ou se ele não vai cancelar, se ele verificar se tem a tendência a cancelar, o que isso vai trazer de consequência pra ele, que foi aquilo tudo que já foi trazido, portabilidade, carência, N outras coisas que foram abordadas, mas a gente quer trabalhar aqui, eu acho importante esse aumento do rol de informações, a gente concorda integralmente que o beneficiário tem que ser empoderado dessa informação pra

que ele possa tomar a melhor decisão pra permanência ou não no plano. (2:21:15.1) Aqui começam algumas questões de provocação, que aí é importante a gente trazer pra cá pra ter esse feed-back, a discussão ser efetivamente nesse sentido nos casos de cancelamento por via remota, que foi o que a gente trouxe por carta, email, SAC, a gente chegou à conclusão, o grupo discutindo internamente, que essa resposta que seria dada num prazo de até 7 dias úteis seria preferencialmente via SAC, sei que o pessoal da Abramge já havia trazida de algumas operadoras não terem SAC, então a gente trouxe uma forma de discutir, se não fosse pelo SAC qual seria a melhor forma, porque a gente achou o seguinte, quando o beneficiário pede o cancelamento por via AR, carta registrada, você responder pra uma AR às vezes ia demandar um período muito grande, então, como a gente vai operacionalizar isso, até porque a gente colocou preferencialmente, pra ver se teria outra forma mais simples, porque a gente acha ainda, em pese a evolução tecnológica, que a questão email e site pode gerar ainda alguma dúvida no momento de uma decisão importante que é o cancelamento, a gente trouxe aqui, por isso está escrito possibilidade do cancelamento via SAC ter efeito imediato, porque possibilidade, a gente gostaria que vocês dissessem se é possível isso ou não, certo, teve uma discussão grande aqui, interna, complicada, pode, não pode, pode, não pode, então a ideia aqui é seria o seguinte, no cancelamento presencial a gente encaminhou no sentido que seria possível, agora, no SAC seria? Por isso que a gente está trazendo, é uma possibilidade, estudo, gostaria que vocês mandassem, só um minutinho, Cristiana, só falta mais um slide, da gente terminar aqui essa questão do cancelamento via SAC, ou manteria a lógica dos 7 dias após a solicitação. (2:23:21.0) O prazo pra cobrança acabou de sair, mas vamos falar, tanto no, em qualquer hipótese, seja no presencial ou via remoto, a

gente pensou num prazo de 90 dias, ou seja, seriam três meses para que a operadoras, operadora ou administradora, no caso dos planos coletivos, encaminhasse as cobranças ou fazer devolução proporcional dos valores correspondentes ao período já pago, porque isso traria maior segurança jurídica? Na questão da devolução, o beneficiário que pediu cancelamento no dia 10, foi cancelado no dia 20, ele pagou 10 dias e não usufruiu. Agora, a questão das cobranças, o que aconteceria, a partir do momento em que o beneficiário pedisse o cancelamento ele fosse finalizado, a operadora teria maior tranquilidade de encaminhar essas cobranças e ele não pagar, fazer as medidas que os senhores e senhoras sabem, protesto, enfim, aquelas coisas, cobranças judicial, inscrição em cadastro restritivo, justamente pra que, principalmente nos caso que acontecem de co-participação ou procedimentos realizados perto do período do cancelamento, tem um período grande que a gente sabe que depende de informações vindas de outros entes, e depende da operacionalização, a gente pensou esse prazo de 90 dias, e seria importante deixar isso na norma, claro, porque o beneficiário já ia saber que durante os próximos 90 dias poderiam ser feitas as cobranças, por exemplo, no procedimento de co-participação que ele fez, na sexta ou na quinta-feira, então, a gente queria estipular esse prazo aqui pra evitar que, às vezes o beneficiário recebe uma cobrança, isso daqui a um 1 ano, 2 anos ou 190 dias, pra que haja maior previsibilidade pra ambas as partes, a questão do direito de arrependimento, pra tudo que foi discutido aqui à exaustão, o grupo técnico sentiu bastante dificuldade pra operacionalização disso, principalmente por causa da questão da urgência e emergência, e uma coisa que acontece também, da gente estender e aí até a proposta da Luciana, que a gente teve dificuldade de entender isso, seria até bom a gente discutir um pouco

mais, até na linha que você falou, seguinte, uma coisa que preocupa a gente na mesma linha do direito de arrependimento é, se a gente dá uma extensão, usando um termo um pouco vulgar, aumento do prazo, vamos dizer, mantém o prazo, o que preocupa a gente é, findo esse prazo, se acontecer alguma intercorrência, como seria esse atendimento pro beneficiário, porque, o que iria acontecer, ele ia, às vezes, sofrer uma situação, um acidente, ele teria uma interrupção abrupta da assistência à saúde dele, ele sairia de uma situação de cancelamento a pedido dele pra uma situação em que ele acaba virando refém do cancelamento, e isso traria novamente à baila a discussão do direito de arrependimento, a dificuldade que a gente teve internamente discutindo isso foi justamente a aplicação do direito de arrependimento nessa situação, que a gente trata do bem mais importante, que é a vida, então, fica complicado pro beneficiário, mesmo que ele esteja ciente, tranquilo, naquela data que ele queria o direito de arrependimento, mas a partir do momento em que tem uma intercorrência de urgência, emergência, a situação pode mudar totalmente de figura, então, a preocupação que a gente teve aqui foi nesse sentido da questão de não admitir o direito de arrependimento, mas aguardamos a Luciana defender o bem, a gente fica à disposição, como que é operacionalizar isso principalmente na urgência e emergência. Deixa só eu finalizar, só esse aqui, é o último. Pessoal, o que acontece, dois itens aqui mais simples, que a gente colocou no final, que é a questão da divulgação das informações, já abordei naquele item acho que 4 ou 5, que tanto a ANS, e a gente pede também a colaboração pra que a gente faça divulgação em sites, portais corporativos, até alguma publicação que for feita, a gente também se compromete, tenta coloca no nosso site, tenta colocar numa linguagem acessível, que tenha uma página exclusiva pro consumidor saber, até pra ele estar ciente do que traz

pra ele aquele cancelamento. E o último item que seria a criação desse tipo normativo que é uma previsão ainda a ser estudada, imposições de penalidades pra quem não atender ou negar situações de cancelamento, bem, pessoal, essas são só propostas de encaminhamento, deixa só mostrar esse último slide pra abrir pro debate, o que a gente quer, como eu disse, isso não é uma proposta, são sugestões de encaminhamento, a gente trouxe algumas sugestões aqui que não tiveram consenso no grupo interno, o que a gente gostaria? A gente gostaria que principalmente até o dia 4, 4 de maio, que é uma segunda-feira, vocês encaminhassem contribuições pra gente, a gente vai colocar essa apresentação na internet em no máximo 48 horas, vai estar lá no espaço da câmara técnica, que é esse aqui, que os senhores e senhoras já sabem, mas se vocês pudesse fazer a gentileza de mandar pro ggeop.dipro, a gente não marcou ainda a data da reunião porque a gente ainda não tem uma data certa, mas tendo sido agendada a data da próxima reunião a gente encaminha pra vocês, por e-mail, daquela forma os senhores e senhoras sabem e uma coisa importante é o seguinte, a gente não tem nenhum óbice, vocês fiquem à disposição, se tiver de marcar uma reunião específica nesse período, por favor, façam o pedido, a gente quer justamente isso, esse feedback, pra que a gente possa discutir com o grupo interno e se for o caso, já apresentar uma proposta, depois seguir o trâmite de consulta pública, umas contribuições que vocês estão trazendo aí pra gente caminhar e elaborar uma proposta que seja aplicável ou razoável e que atenda a todas as partes que estão envolvidas, tá pessoal, Obrigado. Aberto o debate, vamos lá.

FABIANA (ANAB) - Fabiana, da Anab, eu acho que a gente não tem que inventar moda, hoje já tem alguns prazos no contrato, dentro do contrato, que como exemplo, upgrade de plano, que você só pode fazer na data de aniversário do contrato, talvez, se a gente estabelecesse contratualmente que o cancelamento tem que se dar dentro do período de cobertura e o arrependimento também, acabou o problema, desde que isso fique claro pro consumidor no manual de planos e no guia de leitura, você pode cancelar o seu plano e assim que você cancelar você vai ter a cobertura até onde você pagou, porque ele já pagou o plano, a cobertura já está paga até o final do mês, então, porque inventar pró-rata, complicadíssimo, direito de arrependimento depois, tem que ficar claro, você pagou, dentro do mês de competência que você pagou, você cancela o plano ou você se arrepende, no último dia você falar, não quero cancelar, aí fica a cargo de quem pediu o cancelamento, fala, não quero e paga a mensalidade, tudo bem, acho que se a gente ficar botando pelo no ovo, como diz aí, a gente vai se enrolar, vai enrolar a operação, vai enrolar a cabeça do consumidor, porque é muito fácil, porque todo consumidor quando quer mudar de plano, fazer um upgrade ou downgrade já sabe que tem que fazer no aniversário do contrato, então acho que tudo é uma questão de educação e comunicação com o consumidor, pra falar, olha, você pode cancelar o seu plano e você vai ter o teu atendimento até o dia tal, e após isso está cancelado, a perda desse, desse e daquele outro direito.

RAFAEL - só, antes de passar a palavra, a única coisa que preocupa muita gente, como eu disse, foi até abordado pela Luciana, é o seguinte, o que acontece quando o beneficiário é acometido por uma situação especial, ou quando ele não está podendo nem exprimir a sua situação, uma situação

que o beneficiário, vamos dizer, o contrato dele finda amanhã, que é dia 31 e ele sofre um acidente hoje que ele não pode prever a situação, como fica essa situação, é justamente isso que a gente teve dificuldade de caminhar, é nesse sentido, a gente não tem nenhum óbice nisso, agora, essa situação, o que acaba acontecendo, isso só gera uma coisa que é judicialização, porque muito provavelmente ele vai buscar. Fica à vontade.

PROVÁVEL FABIANA - nessa questão a gente está pensando na exceção da exceção, mas tudo bem, eu quero cancelar o meu plano, eu paguei no dia 5 e tenho plano até o dia 30, vamos dizer, aí no dia 29 eu sofro um acidente, em tese eu estou certa que eu quero cancelar o meu plano, tudo bem, aí eu sofro um acidente, minha filha fala, não, não vamos cancelar o plano porque senão ela vai entrar o plano, vai ter que cumprir cara, ok, mas nesses casos específicos, urgência, emergência, suspende-se o pedido do cancelamento, enfim a gente vai ter que pensar em alguma coisa assim, mas a gente também não vai poder pensar em tudo o que pode acontecer, porque vai ter casos defraude também, acho que estabelecer, porque tem o direito do arrependimento dentro desses 30 dias como direito da cobertura, então, até o último ia acho que cabe arrependimento, está internado, aconteceu alguma coisa, um representante legal tem que informar a operadora, olha, a pessoa tem até amanhã pra se arrepender, sofreu acidente hoje, sinto muito, então, aqui, em nome da pessoa que está internada, que está impossibilidade de falar, eu não vou cancelar o plano, pode ser, acho que não é o problema, se a gente estabelecer o período, o corte de cancelamento e de arrependimento, essas outras coisas ficam menores, na minha visão.

(2:34:22.6)

RAFAEL - querida.

FABÍOLA - só pra colocar, não vejo esse caso especificamente como exceção da exceção da exceção, precisa ser pensado porque pode acontecer e não vai ser tão exceção assim, a gente pode estar falando de um acidente que impossibilite que o consumidor, o beneficiário, o titular se manifeste, mas pode ser até que ele possa se manifestar mas que isso vai acontecer no último dia e tem que se pensar toda a regra de processamento, então não algo que a gente pode simplesmente, não é exceção da exceção, é algo que o grupo está preocupando em pensar nessa situação também.

CAROLINA (UNIDAS) - meu nome é Carolina, da Unidas, eu não participei da primeira reunião, por tudo que houve com meus amigos, com o pessoal da ANS, eu observei que a preocupação da ANS é garantir ao consumidor o direito dele não querer mais aquele plano, em primeiro lugar, primeiro plano, o que não ficou claro pra mim é porque a ANS parte do pressuposto que garantir esse atendimento, e aí estou falando da forma inequívoca quando ele vai até a regional e diz que não quero mais ter esse plano, porque que a ANS está partindo da premissa de que essa informação não quero mais, tem que ser processada imediatamente, porque a ANS não está considerando a dificuldade operacional, não estou falando da dificuldade pó-rata, que acho que isso é ajeitável, mas a dificuldade operacional tanto da operadora como da administradora em resolver isso num prazo razoável, que são 5 duas úteis, 7 dias úteis, porque está me parecendo, que estou chegando aqui na segunda reunião, que você não admitem que essa

manifestação de vontade deve, tem que gerar um cancelamento imediato, porque?

RAFAEL - querida, vamos lá, em relação à cancelamento presencial, a preocupação que a gente teve de ser imediato, imediato, chegou lá na hora, fez, o beneficiário foi naquele momento lá, é um desejo dele, é a mesma coisa que ele desejar cancelar qualquer serviço, ele compareceu lá, ele se deslocou, ele saiu do local de trabalho dele, da casa dele pra fazer aquele cancelamento, foi nessa linha que a gente seguiu, e a gente entende que se a operadora disponibilizou aquele local pra atendimento, ela teria condições não só deliberar o procedimento como formalizar um contrato como cancelar, se o beneficiário procura a sede da operadora ou uma loja da operadora, um estabelecimento da operadora, ele contrata um plano na hora, não é verdade, não, porque.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA - entendo que você tem que fazer uma regra geral, a ANS tem que fazer uma regra geral, e aqui cada um tem uma realidade, essa é a dificuldade da ANS, como qualquer agência reguladora, só que vocês estão partindo de um pressuposto que toda operadora de saúde, e ai eu incluo a Vale, onde eu trabalho, que eu entro lá e ganho um plano de saúde, como vou falar, como comércio, e não é assim, eu não tenho condições e posso falar por mim, pela Unidas, que representou, de cancelar o plano dele e retirar dele todos os benefícios, mesmo ele ali na minha frente assinando, e eu acho que se vocês estão considerando 7 dias úteis como um prazo possível no atendimento dele pelo SAC, eu acho que vocês podem considerar isso também no atendimento inequívoco, que o presencial.

RAFAEL - pra gente não tem problema, eu falo isso porque pessoalmente, num plano individual, falo isso por experiência própria, eu fui na sede da operadora e contratei na hora, tinha uma pessoa lá pra contratar, a questão é o seguinte, isso aqui não é proposta, não é sugestão estanque, a gente quer justamente que vocês tragam as contribuições, se for colocar todos no mesmo prazo de 7 dias úteis, pra gente não tem problema, o importante é haja um prazo, vamos dizer, um fluxo, pra, só vou passar a palavra por Marcos, depois, a gente, ah, está na frente, desculpa, Marcos é que não tinha visto.

MÔNICA (FENASAÚDE) - com relação a 90 dias pra que a operadora possa cobrar ao beneficiário eventual participação ou evento que seja realizado em pós-pagamento, quando nós revemos aqui aquele triângulo do IBNR, que são os eventos ocorridos e não reportados às operadoras, nós observamos que ele é bem mais extenso, até o próprio prestador ele tem, via de regra, em média, 90 dias pra comunicar a operadora, essa é uma média que ele costuma comunicar, então, eu entendo também que se a operadora tomou ciência, ela, hoje, ela não pode daqui a 1 ano cobrar do seu ex-beneficiário aquele evento só que os três meses são muito curtos pra essa administração, pra cobrança do prestador e a eventual cobrança do ex-beneficiário com relação ao SAC, que ele até tem acesso a parte do cadastro do beneficiário, só que ele não pode fazer movimentação, é somente a área de cadastro da operadora, então, ele pode acolher e dar tratativas ao pedido de cancelamento, ele não pode cancelar. Eu verifiquei na apresentação, eu acho que não falei meu nome, Mônica, da Fenasaúde. Eu verifiquei na apresentação que a solicitação é do beneficiário, eu só gostaria de

reforçar isso nas nossas contribuições é que se faça por meio do titular ao seu representante, no caso de coletivo, a pessoa jurídica, e passando, se houver administração, a intermediação da administradora, e aí, sim, chegando à operadora, no caso individual, pelo titular. Ainda voltando à primeira questão do IBNR, no código civil consultei que as advogadas de plantão que o código civil prevê 5 anos pra cobrança de dívidas, e no caso da, claro que não estou, nós não queremos 5 anos pra cobrança do beneficiário de uma eventual co-participação, mas um prazo mais extenso que os 3 meses.

RAFAEL - vou passar, Mônica, a gente colocou 90 dias mas não tem óbice nenhum de que vocês tragam, precisa de 100 dias, 100 dias não, de 90 pra 100 não fica legal, 180, perdão, 180 que é o sobro, são 6 meses pra que seja feita essa cobrança. A Rebeca, o Marcos, é o Marcos, depois.

MARCOS - dentro dessa política, Marcos, Abramge, dentro dessa ideia de trabalhar dos grupos técnicos conversarem, que a gente conversou no início, que a Difis está aqui, que as diretorias estão aqui, vale lembrar que a gente tem um grupo técnico em que está em andamento, relacionado à qualificação da entrada do beneficiário em que foi apresentado de forma maciça pela entidade de representação a necessidade de um lapso temporal entre o momento que o beneficiário manifesta o interesse de ingressar no plano e sua efetiva inclusão, então, dentro daquilo que você tinha acabado de mencionar, a pessoa vai lá na hora e contrata o plano, ok, ela pode até manifestar, mas a gente já vem estabelecendo a necessidade pelo lapso temporal, então, da mesma forma esse lapso também seria necessário no final, a gente vem defendendo uma

ideia bem compatível, bem equânime dessa situação, que eu preciso desse prazo tanto pro ingresso quanto pra exclusão, que esse prazo é necessário por todas essas questões, seja de qualificação da informação ao beneficiário na entrada e na saúde, seja do processamento dessa informação pra rede, enfim, todo o trâmite necessário pro ingresso e pra exclusão do beneficiário dependeria dessa margem de tempo existente entre o pedido e a efetivação do pedido, o cancelamento ou descrição, e por assim, eu também compartilho da colocação da colega ali em relação aos prazos de 90 dias e vou um pouco mais além, nós temos também a questão já prevista na regulamentação da possibilidade de glosa da informação, de recurso de glosa, em torno de recurso de glosa, enfim, todo esse processo de informação entre o prestador e a operadora, ele demanda um tempo que muito, em regras, muito além desses 90 dias, então, sei que proposta da ANS, a gente já manifesta no sentido de que esses 90 dias é um prazo muito curto, bem aquém da necessidade e da possibilidade, já tinha mencionado na nossa apresentação a questão do prazo de prescrição do código civil, não tinha entrado no mérito se era prazo de 3 anos, 5 anos, 10 anos, 20 anos, que tem prazos distintos pra cada coisa, mas que já existia prazo na legislação nesse sentido, e, então, esse prazo de 90 dias nem se aproxima do prazo mínimo do código civil que seria de 1 ano, nos casos bem específicos, seria, eu acho que se poderia trabalhar pelo menos dentro da ideia da legislação civil, ou seja, tentar aproximar um pouco, ainda que e já no prazo mínimo, enfim, essa discussão ainda poderia abranger um série de outras coisas. Acho que um outro ponto importante que eu queria ressaltar, mais uma vez queria ressaltar é que quando a gente fala que num plano coletivo a informação tem que passar pela pessoa jurídica contratante, isso não impossibilita, acho importante demais frisar isso, não impossibilita o beneficiário de manifestar

seu interesse em sair do plano, quando eu tenho que preservar o direito do beneficiário eu posso preservar esse direito pela forma correta de fazer, de exercer esse direito, estabelecer regras pro exercício de um direito não é privar do direito, então, a partir do momento que eu coloco o beneficiário, que isso fique claro pro beneficiário, que quando ele ingressa num plano coletivo essa relação dele com a operadora vai passar pela pessoa jurídica interposta, seja a administradora, entidade de classe, empresa que ele está trabalhando, eu estou apenas regulamentando o exercício de um direito, mas não estou impossibilitando esse direito, então, não acredito que seja uma ofensa a esse princípio, da forma como está sendo colocado às vezes, de que o beneficiário tem direito de sair, tem, eu estou respeitando isso, mas pra que ele saia ele tem que observar o procedimento estabelecido num acordo relacionado a pessoa jurídica, no qual ele concordou com aquele acordo quando ele ingressou no plano, porque a DIPRO número 20 exige que entregue ao contra pra pessoa jurídica e que a pessoa jurídica, por sua vez, dê acesso a informações ao beneficiário, dê o guia de leitura contratual, o manual de contratação, enfim, tem uma série de informações que o beneficiário tem acesso, então ele sabe a regra do jogo, e ele saber a regra do jogo não o exime de cumprir a regra, então, quando a gente começa a trabalhar exceções demais a gente começa a deixar de ter uma regra, então, acho que é importante sim a gente respeitar uma regras, principalmente essa relação existente entre pessoas jurídicas, que já é uma relação que o próprio comércio, a própria relação comercial já regular, a operadora, quando é muito detalhista, quando tem muita dificuldade, a própria empresa vai buscar outra operadora, o mercado se regula nesse aspecto, então acho que a gente tem que preservar um pouco mais essa relação de

mercado, dar essa legitimidade de representação efetiva da pessoa jurídica em relação aos seus beneficiários.

(2:46:58.5)

RAFAEL - obrigado, só pra deixar claro, a única coisa que a gente está trabalhando aqui é o seguinte, eu concordo integralmente quando você diz que colocar que você colocar regras do exercício do direito não é omitir, só é importante que a gente deixe essas regras claras, entendeu, agora, quais vão ser, se vai ser A, B, C, D ou E, e a gente também não está dizendo de forma nenhuma que não é feito, a gente só tem que deixar claro o seguinte, a gente está aqui pra regulamentar um item, então, a gente não pode tirar o foco e seguir, a gente tem que seguir no item regulamentar, se vai ser 7 dias, 10 dias, se vão ser 90 dias, 180, e isso está justamente em discussão, o que a gente quer é deixar as regras claras, que sejam as mais simples, de fácil entendimento, pra que ele possa, foi justamente este o teor da recomendação, você, Cristiana.

CRISTIANA - eu tenho três pontos, é Cristiana, da Fenasaúde, o primeiro, uma provocação, a gente está colocando um limite pra cobrança de co-participação, mas quando a gente fala de ressarcimento ao SUS é imprescritível, então, eu daqui a 5 anos, 10 anos, daqui a 20 anos posso ser exigida a fazer o ressarcimento ao SUS de um procedimento ocorrido há 20 anos, atrás não vou poder me ressarcir da co-participação prevista contratualmente, no caso de plano de pós-pagamento é muito natural você ter o encerramento do contrato, mas ter obrigações que sobrevivem após o encerramento, pela natureza do contrato, então, é uma provocação aqui pra reflexão do grupo. Segundo ponto que eu queria reforçar, mas que já foi aqui amplamente colocado, que muitas

vezes a sucursal ou mesmo o SAC, a estrutura física não permite alterações em informações do sistema, porque às vezes é um ponto de atendimento pra esclarecimento de dúvidas, recepção pra pedido de encaminhamento, e muitas vezes o atendente do SAC também não tem autonomia pra processar cancelamentos, até por questões de segurança, de verificações que são necessários serem feitas, então, queria só engrossar o coro do pedido que haja um prazo, pode ser de 7 dias úteis, a Fenasaúde tinha sugerido 5 dias úteis, porque tem um efeito muito próximo do imediato, não é que é absolutamente impossível, tudo no mundo é mais, agregaria muito mais complexidade se o processamento tivesse que ser naquele instante. E um terceiro ponto que eu queria colocar pra reflexão do grupo foi um ponto que eu chamei a atenção no começo dessa câmara técnica, acho que a gente tem que tratar separadamente plano individual, plano coletivo por adesão e plano coletivo empresarial, e aqui eu estou vendo que a regra é a mesma para as três situações, plano coletivo empresarial, o plano de saúde ele é um benefício, é um benefício trabalhista, vamos dizer assim, então, você tem diversas situações que a norma não está observando, então, vou dar um exemplo concreto, obras da Petrobras, pra manter um tema que está bem vivo, por outro viés, a Petrobrás ela exige que os funcionários das empresas terceirizadas tenham um plano de saúde, vamos supor, que não é exatamente esse caso, vamos supor que o contratante inclusive faça um desconto na folha e esse beneficiário queira sair, aí ele vem diretamente na operadora e pede pra sair, seu exercício, perfeitamente, mas a gente tem que considerar que existe, isso é um compromisso do contratante com esse seu funcionário, que pode ser inclusive um compromisso que seja relacionado a terceiras obrigações, nessa regra aqui a gente não está tratando, mas certamente, o mercado resolveria, é a

operadora ao processar o cancelamento de um plano coletivo, e um beneficiário de plano coletivo, deveria fazer a comunicação reserva lá pro contratante, atenção, eu já desliguei desde o dia tal um determinado beneficiário, a norma não está dando conta disso, não vejo essa obrigação, da norma dar conta disso, mas certamente nas relações da operadora com o contratante isso se daria, mas o que eu gostaria de chamar a atenção é que o plano de saúde, no caso de planos coletivos empresariais, ele tem uma natureza diferente, envolvem dimensões importantes estarem aqui também presentes. Está bom.

RAFAEL - obrigado, Fernanda, agora, por favor.

FERNANDA - acho que eu já cortei porque não vou ser mais repetitiva nisso. Eu acredito, só pra reforçar o último ponto que a Cristiana apontou, essa flexibilidade na relação com os planos coletivos, ele também tem um viés de desnaturalizar a questão principal, que é a existência da PJ, e tem até um efeito jurídico prejudicial, porque é com muito custo que as operadoras enfrentam os embates judiciais pra comprovar que naquelas relações quem deve comandar a decisão pela exclusão, pela manutenção no plano é a PJ, então, você, de um lado conceder pro beneficiário o direito de cancelar, e por outro justificar judicialmente, por exemplo, que não é assim que funciona na PJ, pra mim enfraquece a tese das operadoras em relação a isso, então, tem que tomar cuidado que um fato repercute sobre outro e você acaba gerando aí um efeito cascata pior, a questão que você tinha colocado como uma provocação, como que se deve dar a resposta, eu acredito que não deva ser criado esse trâmite de resposta ao cancelamento, mas seria mais um fluxo, mais um custo, ou

seja, ele processa, ele deve ter um tempo razoável, como todos colocaram, mas a após esse tempo ele vai simplesmente executar o cancelamento, ele não teria que a partir daí mandar um outro comunicado, uma outra carta, criar ainda uma etapa seguinte pra que ele seja comunicado do cancelamento, não vejo isso como uma obrigação razoável, ainda ter esse ponto, sem contar pelas próprias questões que você colocou, se fosse uma carta com AR aí eu vou condicionar o cancelamento ao recebimento daquela carta, até sob o aspecto do consumidor a criação dessa nova fase também na atenderia. E por fim, a questão dos 7 dias úteis, no início da apresentação me deu a impressão de que eram os 7 dias úteis pra checar a legitimidade daquele que faz o pedido de cancelamento, e depois me deu a impressão que não, que no meio remoto 7 dias seria o tempo para se executar o cancelamento, e aí me parece até mais coerente a primeira, embora discordo completamente, porque o que diferenciaria o presencial do remoto é no diferencial a autenticidade, então, tem que ficar muito claro pra não parecer aquele exemplo possível, aquele exemplo que eu citei, que se eu fizesse a conferência da autenticidade no primeiro dia eu não teria os outros 6 pra processar, então que o 7 fosse colocado realmente como tempo para processamento e não para conferência da autenticidade, é isso.

RAFAEL - seriam os 7 dias úteis como o prazo máximo pra que sejam feitos todos os procedimentos, 7 dias úteis, vamos colocar, quase 10 dias pra fazer toda a questão do cancelamento, é esta a proposta?

2:55:12.6

FERNANDA - sim, então se eu resolvesse, por exemplo, em qualquer forma, se resolvesse fazer a conferência da autenticidade no primeiro dia útil, eu não perderia o restante dos dias, então os 7 dias não é pra conferir a autenticidade, é para processar com o cancelamento.

RAFAEL - até dias úteis, exatamente, porque pode não ter ficado no slide muito bem explicado, mas seria pra operacionalizar tudo, inclusive, verificar a questão da autenticidade, que eu acho que é a parte mais importante, porque às vezes vocês podem receber por email, por exemplo, uma solicitação da pessoa que não é, por email, por spam, alguma coisa do tipo, então, seria um prazo burocrático pra operadora fazer essa solicitação, essa finalização.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA - eu esqueci só de uma que ela está perguntando, se essa verificação de autenticidade acontecer no primeiro dia útil, aí o cancelamento é nesse primeiro dia útil, em até 7 dias úteis.

OUTRA PESSOA NÃO IDENTIFICADA/ PROVÁVEL FERNANDA - é justamente, isso, se eu fizer no primeiro, por uma questão de autenticidade, até porque eu ainda tenho outras etapas, eu continuo usufruindo daquele prazo, continua, não é?

RAFAEL - continua.

A PESSOA NÃO IDENTIFICADA QUE FALOU ANTES/ PROVÁVEL FERNANDA - então até 7 dias úteis, então precisa mudar o enfoque pra não ficar parecendo que é isso. Outra questão também que, sendo ou não sendo imediato, que a operadora possa, eventualmente, dependendo da realidade de cada uma, fazer requisições, por exemplo, devolução da carteirinha, algumas questões que ela precisa trabalhar nesse tempo, porque se isso não ficar bastante claro vai ficar parecendo que a operadora está criando entrave para aquela exclusão, então, se for possível também inserir algo relacionado.

RAFAEL - obrigado, querida, por favor.

ALOIZIO BARBOSA (ABRAMGE) - boa tarde, Aloizio Barbosa, Abramge, só pra complementar o que foi colocado também, acho que é importante a gente aproveitar essa oportunidade pra gente realmente reforçar a grande diferença que existe entre os planos coletivos e os demais planos, esse ponto que foi colocado pelo Marcos e pela Fernanda em relação à questão da existência da pessoa jurídica como única entidade que deve, até por força da regulamentação, informar à operadora acerca do cancelamento dos beneficiários só na questão da judicialização, mas também nas questões, muitas vezes, dos processos administrativos instaurados pela ANS, os autos de infração, é relativamente comum algumas operadoras serem demandas por beneficiários de planos coletivos que tentaram efetivamente o cancelamento junto às empresas contratantes, as operadoras não recebem e elas são penalizadas por isso, quando na prática há uma regulamentação que diz que as operadoras têm que fazer isso ao receberem a demanda vinda da pessoa jurídica,

então, acho que é importante da gente aproveitar esse momento para não perdermos esse conceito, certamente não foi este o objetivo, mas como vejo que mais de uma pessoa colocou essa preocupação, é importante a deixar claro também que esse papel existe, porque são planos completamente distintos, e realmente nos causa preocupação a eventual possibilidade de, às vezes, com uma determinada intenção de se deixar claro as regras de cancelamento, da gente acabar desvirtuando um pouco disso, e só pra reforçar essa questão do prazo, que inicialmente estava com 90, que nós estamos discutindo aqui, a questão de eventuais glosas e até mesmo de mora pro parte dos prestadores médicos de encaminhar as faturas, as cobranças pelos serviços prestados às operadoras, é uma realidade, então, teme-se que não chegando a um prazo que seja razoável, a claro, cada um vai poder relatar sua prática, muitas vezes o cancelamento ocorre sem que efetivamente os serviços prestados sejam cobrados, eu acho que é importante deixar esse ponto claro pela importância que isso tem, e até mesmo também passar um pouco por uma mudança às vezes de cultura, muitas das mudanças que estão sendo debatidas aqui passam por uma mudança de cultura, de conceito, às vezes a gente se depara com ideias, eu quero cancelar o ponto, muito simples, eu vou deixar de pagar que se cancela automaticamente, e isso não pode continuar acontecendo, porque até pelo princípio do mutualismo que foi colocado hoje aqui mais cedo, porque a partir do momento que o plano está à disposição, ele está sendo cobrado porque há toda uma rede de assistência à disposição, se essa cultura do basta eu não pagar que ele será cancelado automaticamente, sem que haja mecanismo de cobrança desses valores, como foi bem colocado aqui, isso aí tende a prejudicar o equilíbrio do sistema de saúde suplementar, que no fundo é o que todos nós queremos aqui, então, foi

mais realmente pra reforçar essa questão da necessidade, da preocupação de não mudarmos essa regra em relação aos planos coletivos no que tange ao importante papel do estipulante, da pessoa jurídica contratante.

RAFAEL - obrigado, Aloizio, só pra esclarecer dois pontos, um pedido, eu sei que esse prazo é de 90 dias, queria pedir a gentileza, que vocês mandassem sugestões, até 180, 200, enfim, pra gente, porque eventualmente pode acontecer uma situação fora da curva, que aconteça isso, que fuja do prazo, ah, 200 dias, só chegou com 210, no entanto, só pra ter uma média operacional, que vocês realmente demoram, pra que a gente possa coadunar, a ideia aqui é ter um prazo previsto pra que tenha uma previsibilidade por parte do consumidor, que durante aquele período ele possa receber eventuais cobranças, e a ideia das propostas que foram construídas em relação á questão da pessoa jurídica, não é tirar a importância dela, muito pelo contrário, até promover esse aumento de importância, porque a PJ, principalmente a partir do momento em que ela passa a cobrar as mensalidades, ela passa a ser uma parte importante, ela tem uma obrigação nessa relação contratual do contrato coletivo empresarial por adesão, no entanto, a preocupação que o grupo teve foi no sentido de evitar limitação de acesso ao beneficiário aos meios de cancelamento, é isso, em nenhum momento foi dito isso até porque nós, o tempo todo, na agência a gente vê o tempo todo surgir notícias sobreo tema, a gente sempre busca preservar a questão da elegibilidade, o acesso ao beneficiário, da vinculação, o fato da pessoa jurídica contratante proteger ele, tenho ou não administradora, em um nenhum momento a proposta, a sugestão de encaminhamento foi nesse sentido, e sim de

aumentar o rol de possibilidades, só pra esclarecer. Alguém.

MÔNICA - eu entendo que a norma ela veio trazer regras pra essa parte do relacionamento que está de fato aberta, e eu entendo também que a grande maioria das operadoras elas, não posso dizer a totalidade, que eu não conheço, ela não dificulta a exclusão do seu beneficiário, até porque isso vai judicializar e aí a pena é maior ainda, e a impressão que me deu aí, Mônica Nigro, na Fenasaúde, que essa regra veio pra tratar de casos de operadoras que dificultam o cancelamento, então, e aí eu acho que as contribuições nossas têm que se no sentido de que é possível, dada a uma situação que não há má fé de nenhuma das duas partes, nem do beneficiário nem mesmo da operadora, daí acredito também que o Ministério Público quando fez a recomendação tratou de casos pontuais, e agora a gente está generalizando, então, peço parcimônia de todos pra considerar isso, o mercado, as operadoras elas não tentam amarrar os seus beneficiários, mantê-los em sua carteira a qualquer custo, não atendendo, até porque elas devem ser punidos por isso, e verifiquei que já há essa punição, então, se a gente tem um ótimo caminho, parabênico pela oportunidade de nós podermos contribuir antes da publicação da norma, mas importante que nós temos essa visão.

RAFAEL - o Mônica, só pra deixar claro, em nenhum momento a gente está buscando punir, a gente quer apenas e tão somente estabelecer normas de acordo com a recomendação, por que? A recomendação chegou, foi verificado efetivamente que há uma lacuna, acho que isso aqui é sendo comum que não tem uma norma

regulamentando o assunto, só que a gente não está pressupondo má fé nem por parte do beneficiário nem da operadora, a gente só quer estabelecer regras, a gente só precisada colaboração de vocês, por isso que a gente solicitou a abertura dessa câmara técnica, pra gente construir uma norma operacionalmente razoável e que dê pra ser feita, é exatamente isso, não tem nenhuma presunção, agora, a gente tem que ter a presunção de que o beneficiário, quando ele queira sair ela saia, justamente isso, e também só pra deixar claro, porque ao mesmo tempo em que a gente discute o ingresso do beneficiário lá da câmara técnica da LP, nesse caso a gente está vendo como está a questão da saída dele, acho que foi até bem observado pelo Marcos, como lá é necessário também o prazo, a gente discute o prazo aqui que vai ser necessário e como vai ser feito esse pedido, e é justamente isso que a gente pede, volta a dizer pra vocês, isso aqui não foi uma proposta, foi uma sugestão de encaminhamento pra gente caminhar, como é que vai ser feito, como é que a gente vai fazer, apresentar uma proposta muito provavelmente na próxima reunião que a gente está pra agenda. Tem mais alguém inscrito, não, não tem. Pessoal, obrigado, obrigado. Olha só, o Marcos está pedindo, a gente vai colocar no site no máximo até quarta-feira, porque a gente coloca pra todo mundo, até pra quem não pôde vir hoje. Pessoal, obrigado, a gente manda pra vocês a data da próxima reunião e a gente está à disposição pra qualquer discussão, obrigado, uma boa tarde pra todo mundo.

FIM.