

OFÍCIO 056/2015/DIREX

Rio de Janeiro, 4 de setembro de 2015.

Ao Senhor

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAÃO

Diretor de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO/ANS
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

RAFAEL PEDREIRA VINHAS

Gerente-Geral de Estrutura e Operação de Produtos – GGEOP/DIPRO/ANS
Avenida Augusto Severo, 84/12º andar - Glória

Assunto: **Contribuições para a Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde**

Senhor Diretor,

1. Referimo-nos ao pedido de envio de contribuições às questões para discussão apresentadas por esta Agência na 3ª Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde, realizada em 19/8/15.
2. Entende-se que as propostas debatidas promoveram grande avanço para direcionar a elaboração do normativo referente ao tema, especificamente no que diz respeito ao prazo para cobrança de coparticipação/mensalidade/utilização; prazo para devolução de *pro-rata*; prazo para entrega do comprovante de cancelamento/exclusão e quanto à inaplicabilidade do direito de arrendimento à hipótese tratada nesta Câmara Técnica.
3. Após a análise da apresentação feita pela Agência naquela data, as associadas da Federação consideraram de elevado impacto alguns pontos da proposta formulada na 3ª Reunião, sobre os quais consignaremos algumas observações, para exame.
4. Os itens de maior atenção se referem aos tópicos: a) a quem solicitar o cancelamento/exclusão e b) canais de solicitação aptos para solicitar o cancelamento/exclusão – expressos na fl. 7 da proposta de regulamentação apresentada pela Agência.

1) Área Logada - Portal da Operadora – Planos Individuais

5. A FenaSaúde entende que para dar segurança ao processo de cancelamento é necessário que a solicitação feita pelo portal da operadora se restrinja à área logada na qual o beneficiário terá que apor sua senha. Desta forma, o beneficiário poderá solicitar sua exclusão em sua área de acesso restrito e a operadora poderá se certificar de que quem solicita o cancelamento é parte legítima para tanto.

6. É importante ressaltar, como já mencionado na reunião de 19/8/15, que quando se tratar de planos individuais o cancelamento deve ser solicitado pelos dependentes ou titulares do contrato, dando preferência a estes últimos. Isto porque nestes casos, o contato com a operadora é direto, sem a intermediação de outras partes. Este direcionamento ao titular do contrato se justifica porque o titular do plano é o responsável financeiro do contrato e seus dependentes estão vinculados ao plano por intermédio do titular. Quando a solicitação de exclusão dos dependentes for relacionada a planos de menores ou incapazes, o pedido deve ser formulado pelo representante legal, com o intuito de proteger estas categorias de beneficiários de eventual rescisão por pessoa não legitimada para praticar tal ato.

7. Neste sentido, vale dizer que a RN 295/2009, que estabelece normas para geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS – SIB/ANS reconhece o beneficiário titular como detentor do vínculo contratual com a operadora, o que corrobora para que a permissão para solicitar o pedido de cancelamento se restrinja ao beneficiário titular:

8. RN 295/2009 - SIB:

“Art. 2º Para fins desta Resolução e do SIB/ANS, considera-se:

I - beneficiário de plano privado de assistência à saúde: é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica, sendo, no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, classificado como:

a) beneficiário titular: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora; (grifo nosso)

b) beneficiário dependente: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular;

c) beneficiário ativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor; e

d) beneficiário inativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano não está em vigor;

II - dados cadastrais de beneficiário: é o conjunto de dados de identificação pessoal, de identificação de endereço e de identificação contratual que identificam o beneficiário da operadora e o plano privado de assistência à saúde a ele vinculado;

III - atualização de dados cadastrais de beneficiário: são os procedimentos de inclusão, de retificação, de mudança contratual, de cancelamento e de reativação que visam a atualizar os dados cadastrais na base de dados de beneficiários das operadoras na ANS, que são assim classificados:

a) procedimento de inclusão: refere-se ao envio, pela operadora, de registro de dados de beneficiário que não existia anteriormente no cadastro de beneficiários da operadora na ANS;

b) procedimento de retificação: refere-se à correção, alteração ou complementação de dados cadastrais no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, decorrente de erro de informação, mudança de endereço, complementação de informações do registro de dados ou outras alterações dos dados cadastrais;

c) procedimento de mudança contratual: refere-se à alteração de dados contratuais do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, decorrente de:

1 - migração de plano (mudança de plano anterior à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para plano posterior à Lei nº 9.656, de 1998);

2 - adaptação de plano contratado até 1º de janeiro de 1999 às regras de plano contratado após 1º de janeiro de 1999;

3 - mudança de plano contratado após 1º de janeiro de 1999 para outro plano contratado após 1º de janeiro de 1999; e

4 - portabilidade de carência entre planos da mesma operadora, na forma estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009;

d) procedimento de cancelamento de beneficiário: refere-se à mudança da situação do registro de dados do beneficiário de ativo para inativo no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, quando a relação contratual entre o beneficiário e a operadora não estiver mais em vigor;
(grifo nosso)

.....”

9. Como consequência do acima exposto, entende-se que demais formas de solicitação feitas pela internet de forma ampla – por exemplo, e-mail - deveriam ficar impossibilitadas, exatamente para se evitar que pedidos feitos por pessoas não legitimadas a pedir o cancelamento possam ser processados, causando eventuais prejuízos e transtornos aos beneficiários e às operadoras. Assim, somente o beneficiário com senha de acesso à área logada das operadoras via portal corporativo poderá pedir o cancelamento.

2) A quem solicitar o cancelamento/exclusão – Planos Coletivos por Adesão

10. Outra questão que merece ser reavaliada é a quem solicitar o cancelamento nos contratos coletivos por adesão. A Agência, em sua proposta inicial, permite que o beneficiário solicite o cancelamento à operadora, à administradora e à pessoa jurídica contratante.

11. Ocorre que a administradora é a pessoa jurídica munida de poderes para representar o beneficiário perante a operadora, possui o conjunto de informações dos beneficiários e, inclusive, assume o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto, conforme artigo 23, inciso III, da RN 195/2009:

Subseção V

Da Forma de Contratação

“Art. 23 As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

I – diretamente com a operadora; ou

II – com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4o da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;

III – com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto. (grifo nosso)

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.”

12. Além disso, à administradora foram conferidos poderes normativos para requerer a inclusão no contrato coletivo por adesão e emitir faturas e boletos, razão pela qual se entende que na hipótese de pedidos de cancelamento referentes a contratos coletivos por adesão a solicitação deverá ser feita exclusivamente a esta entidade, exceto nos casos em que o contrato houver sido celebrado sem a intermediação da administradora. Nestes casos, o beneficiário poderia requerer o cancelamento/exclusão diretamente à pessoa jurídica contratante/estipulante. Entende-se que é necessário que a pessoa jurídica contratante tenha ciência do pedido de exclusão e possa, inclusive, fornecer as informações sobre as consequências do cancelamento.

13. É importante assinalar, ainda, que o envio da comprovação do cancelamento deve seguir o mesmo trajeto feito quando do pedido de exclusão: se foi feita via administradora de benefícios, a operadora deverá enviar a esta o comprovante e a administradora enviará o comprovante ao beneficiário, para evitar informações conflitantes em sistemas e facilitar o

contato com o consumidor. Se o pedido de cancelamento foi feito à pessoa jurídica contratante, a operadora enviará àquela a comprovação, que repassará o comunicado ao beneficiário.

3) A quem solicitar o cancelamento/exclusão – Planos Coletivos Empresariais

14. Por semelhança, entende-se que no caso dos planos coletivos empresariais há necessidade de que o contato seja feito junto à administradora ou pessoa jurídica contratante, em razão de estas deterem as informações detalhadas dos beneficiários para o contato e efetivação do cancelamento. A este respeito, a RN 195/09, em seu artigo 18, parágrafo único, preceitua que as operadoras só poderão excluir beneficiários em planos coletivos em situações específicas, o que reforça o pedido de inclusão da administradora como parte legítima para receber estas solicitações, além da pessoa jurídica contratante já prevista na proposta da Agência. Leia-se:

15. RN 195/09:

Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 18 Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

4) Prazo para cobrança de coparticipação/mensalidade/utilização:

16. Concordamos com a proposta apresentada pela Agência no que se refere ao prazo de 5 anos para a cobrança de valores referentes à coparticipação/mensalidade/utilização ocorridas em razão do uso do plano após o pedido de cancelamento, salvo estabelecido em contrário em legislação específica.

5) Prazo para entrega do comprovante de cancelamento/exclusão e informações sobre cobranças e devoluções

17. Conforme informado pela Agência na reunião de 19/8/15, é importante consignar no normativo que o prazo de dez dias úteis proposto para que seja feita a entrega do comprovante de cancelamento/exclusão e informações sobre cobranças e devoluções seja contado a partir da ciência da operadora da solicitação de cancelamento feita pelo beneficiário. Esta medida propiciará tempo hábil para que haja a comunicação entre a pessoa jurídica contratante ou

administradora e a operadora, possibilitando a baixa nos sistemas internos de cadastro e faturamento e efetiva emissão do comprovante, além de evitar eventuais autuações indevidas por descumprimento de obrigação no prazo descrito na norma.

6) Prazo para devolução *pro rata*

18. É importante consignar maior detalhamento sobre como será feita a devolução *pro rata dos* valores residuais como consequência do cancelamento, já que na maioria dos casos haverá o pedido será intermediado pela administradora de benefícios ou pela pessoa jurídica contratante. Quando houver devolução de valores, é necessário que se faça o caminho inverso ao do pagamento; no caso da solicitação ter sido feita à administradora, a operadora devolverá à administradora, que repassará os valores ao responsável pelo pagamento. Quando não houver a intermediação da administradora, entende-se que a operadora poderia devolver o montante diretamente ao responsável pelo pagamento. Esta devolução da contraprestação pecuniária havida em razão do cancelamento será feita em favor do contratante responsável pelo pagamento. O prazo de 120 dias para a devolução será contado após a solicitação contendo todas as informações necessárias.

7) Contribuições adicionais:

a) Formulário Padrão para Ciência do Beneficiário – Consequências do Cancelamento – Utilização Indevida

19. Sugere-se que a Agência recomende a elaboração de formulário padrão para que o beneficiário adira, informando que tem ciência das consequências do pedido de cancelamento e de que a utilização indevida do plano após a solicitação de exclusão acarretará a cobrança dos valores referentes à utilização do plano ocorrida após o pedido de cancelamento. Neste ponto, vale ressaltar que tanto a pessoa jurídica contratante quanto à administradora devem colaborar na entrega ao beneficiário do formulário de cancelamento elaborado e enviado pela operadora.

20. Este formulário deverá ser disponibilizado sempre por quem recebeu a solicitação. No caso dos planos individuais, pela operadora, se planos coletivos com intermediação da administradora, por esta e, e nos demais casos, pela pessoa jurídica contratante/estipulante.

b) Unicidade de Regras para Ativos e Inativos

21. É importante que a nova resolução estabeleça que as regras de cancelamento previstas valerão para ativos e inativos, de forma a aclarar eventuais dúvidas quanto a estas categorias.

c) Cláusula de Vigência

22. É fundamental conceder prazo hábil para a entrada em vigor do normativo, para que as alterações nos sistemas das administradoras e operadoras possam permitir a comunicação diária entre estas entidades para efetivar os pedidos de cancelamento ou exclusão. Atualmente esta comunicação é feita a cada 15 e 20 dias e estima-se que para realizar estas adequações e concluir as modificações nas áreas de tecnologia de informação das empresas seja necessário o prazo mínimo de um ano.

23. Por fim, é importante reforçar necessidade de que sejam adotadas medidas de diferenciação no processamento dos pedidos de cancelamento em razão da forma de contratação de planos de assistência à saúde, como já referido nas reuniões desta Câmara Técnica.

24. Apresentamos no anexo quadro-resumo com as alterações propostas pela Federação.

25. Agradecemos a oportunidade de poder colaborar para a elaboração de normas visando contribuir para a regulamentação setorial.

Atenciosamente,

JOSÉ CECHIN
Diretor-Executivo

Proposta ANS/Sugestões FenaSaúde			
Tipo de Contratação	Individual ou Familiar	Coletivo por adesão	Coletivo Empresarial
Efeito Imediato	Sim, a partir da solicitação	Sim, na ciência da operadora/administradora	Sim, na ciência da operadora
A quem solicitar	Operadora	Operadora, Administradora ou PJ	Administradora ou PJ contratante
Prazo para a cobrança de coparticipação/mensalidade /utilização	Até 5 anos	Até 5 anos	*Até 5 anos
Prazo para devolução de <i>pro-rata</i>	120 dias Pagamento da operadora ao titular do plano	120 dias Pagamento da operadora à administradora ou à pessoa jurídica contratante, que repassará ao responsável pelo pagamento	120 dias Pagamento da operadora à pessoa jurídica contratante
Prazo para entrega do comprovante de cancelamento/exclusão e informações sobre cobranças e devoluções	10 dias úteis	10 dias úteis (envio/entrega ao beneficiário por quem recebeu a solicitação – administradora ou PJ contratante)	10 dias úteis (envio/entrega ao beneficiário por quem recebeu a solicitação – administradora ou PJ contratante)
Direito de arrependimento	não	não	não
Canais de solicitação	SAC, presencial, portal da operadora – área logada (link específico)	SAC, presencial, portal da operadora (link específico), à PJ contratante	À PJ contratante
Formulário Padrão para Ciência do Beneficiário – Consequências do Cancelamento – Utilização Indevida			
Unicidade de regras para ativos e inativos			
Cláusula de vigência – um ano para entrada em vigor do normativo			