

ENTENDIMENTO DIFIS Nº 04 - 07 DE ABRIL DE 2016.

Obrigatoriedade de as Operadoras de plano privados de assistência à saúde verificarem a legitimidade da pessoa Jurídica contratante, bem como a elegibilidade do beneficiário. Planos coletivos empresariais e planos coletivos por adesão. Interpretação dos artigos 5º, 9º e 32 da Resolução Normativa - RN nº 195 combinados com os artigos 4º e 5º da Resolução Normativa - RN nº 196, ambas de 14 de junho de 2009.

I - Introdução:

1. A Diretoria de Fiscalização foi instada a se manifestar acerca da obrigatoriedade de as Operadoras verificarem a legitimidade da pessoa Jurídica contratante, bem como a elegibilidade do beneficiário, seja para planos coletivos empresariais, seja para planos coletivos por adesão.
2. Cumpre consignar que o Núcleo da ANS de Pernambuco ao proceder à análise fiscalizatória de determinada demanda, apresentou questionamento quanto à amplitude do art. 32 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de junho de 2009.
3. Tal questionamento se deve ao fato de que o art. 5º da citada RN, que versa sobre os planos coletivos empresariais, não traz exigência expressa quanto à comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, nem quanto à condição de elegibilidade do beneficiário, enquanto que o art. 32, da mesma RN, faz remissão aos dois tipos de planos coletivos.
4. Nesse contexto, cabe ressaltar que a Gerência de Supervisão dos Núcleos da ANS - GESUP, à época, manifestou-se no sentido de que a questão poderia ser resolvida pelos art. 4º e 5º da Resolução Normativa - RN nº 196, de 14 de julho de 2009, pois apesar de estarem inseridos numa Resolução que trata de Administradoras de Benefícios, referem-se à elegibilidade para plano coletivo empresarial.
5. Diante do cenário apresentado, evidencia-se a divergência existente quanto ao tratamento diferenciado dado pela RN nº 195, de 14 de junho de 2009, para os planos coletivos empresariais e para os planos coletivos por adesão.

II - Fundamentação:

6. Para melhor delineamento da questão em tela, no que tange aos planos coletivos empresariais, vale realçar o disposto no art. 5º da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de junho de 2009, in verbis:

“Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por

relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;

II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - os agentes políticos;

V - os trabalhadores temporários;

VI - os estagiários e menores aprendizes; e VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde”.

7. Por seu turno, no tocante aos planos coletivos por adesão, cabe observar o que disciplina o art. 9º, também da Resolução Normativa - nº 195, de 14 de junho de 2009, a saber:

“Art. 9o Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou

setorial:

I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III - associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

§1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

§2º A adesão do grupo familiar a que se refere o §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

§3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput e a condição de elegibilidade do beneficiário.

§4º Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário” (Grifou-se).

8. Ante o exposto, verifica-se que o art. 5º da RN nº 195 de 2009, ao dispor sobre os planos coletivos empresariais, não é explícito quanto à obrigação da Operadora em verificar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a elegibilidade do beneficiário, ao passo que o § 3º do art. 9º, também da RN nº 195, ao tratar dos planos coletivos por adesão, é claro quanto a essa obrigação.

9. Nesse sentido, uma solução encontrada para resolver a presente celeuma seria aplicar os arts. 4º e 5º da Resolução Normativa - RN nº 196, de 14 de julho de 2009, eis que se referem à elegibilidade para plano coletivo empresarial, a despeito de estarem inseridos numa Resolução que trata de Administradoras de Benefícios.

10. Em vista disso, cumpre salientar o disposto no art. 4º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009, in verbis: “Art. 4º A Administradora de Benefícios poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico. Parágrafo único. Caberá à Operadora de Planos de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5o e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009 e da condição de elegibilidade do beneficiário” (Grifou-se).

11. Na mesma linha, vale observar as determinações contidas no art. 5º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009:

“Art. 5o A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto. §1º A ANS regulamentará a vinculação dos ativos garantidores através de resolução específica. §2º Caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5o e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e da condição de elegibilidade do beneficiário” (Grifou-se).

12. Portanto, apesar de os citados artigos estarem inseridos na RN nº 196, que versa sobre Administradoras de Benefícios, eles se referem à comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário, tanto para planos coletivos empresariais, quanto para planos coletivos por adesão, quando determinam: "na forma dos arts. 5º e 9º da RN 195, de 14 de julho de 2009".

13. Além disso, deve-se atentar ao fato de que o art. 4º da RN 196, de 14 de julho de 2009, em que a Administradora de Benefícios figura no contrato na condição de participante ou de representante, estabelece que será de responsabilidade da Operadora de Planos de Assistência à Saúde a exigência da comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário, nos termos dos arts. 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

14. Da mesma forma, o art. 5º da referida Resolução Normativa, em que a Administradora de Benefícios figura na condição de estipulante, determina que caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário, na forma dos arts. 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

15. Desse modo, pela análise dos dispositivos supracitados, resta evidenciado que apesar de a RN nº 196, de 14 de julho de 2009, apresentar conteúdo específico quanto as Administradoras de Benefícios, ela também impõe determinações expressas que também devem ser observadas pelas Operadoras propriamente ditas.

16. Nesse diapasão, não pode ser aduzido que a aplicação da referida Resolução Normativa ao caso em comento corresponderia a uma extensão abusiva da Norma, inovando no ordenamento. Ressalte-se que aqui não se trata de mera interpretação sistemática de normas, a situação vai mais além, pois há imposição clara de obrigações às Operadoras pela RN nº 196, de 14 de julho de 2009.

17. Todavia, mesmo que se insista nessa linha de argumentação, de que a RN nº 196 não poderia servir como parâmetro para o caso em tela, cumpre consignar que a própria RN 195, de 14 de julho de 2009, também traz previsão de sanção para os dois casos, não fazendo diferenciação entre as duas espécies de planos coletivos.

18. Assim sendo, relacionando-se diretamente com o tema questionado, cumpre registrar as disposições contidas no art. 32, da RN nº 195 de 14 de junho de 2009:

"Art. 32. O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar."

19. Destarte, constata-se que a omissão da norma, não pode ser considerada como um silêncio eloquente, pois o citado art. 32 da RN nº 195, de 14 de junho de 2009, aplica, às Operadoras, a sanção de sujeitar-se à disciplina dos planos individuais caso não sejam observadas as condições de elegibilidade, tanto para os planos coletivos empresariais, quanto para os coletivos por adesão, não havendo qualquer distinção.

20. Ora, caso reste entendido que a verificação da legitimidade da pessoa jurídica e das condições de elegibilidade do beneficiário não devam ser aplicadas para os contratos coletivos empresariais, a norma contida no art. 32 da RN nº 195, de 14 de junho de 2009, seria inócua, tornando o normativo incoerente, sem segmentação lógica.

21. Dessa forma, verifica-se que a ausência no art. 5º da RN nº 195, de 14 de junho de 2009, quanto à exigência de comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e da condição de elegibilidade do beneficiário, não retira da Operadora essa obrigatoriedade, uma vez que tanto o art. 32 da referida RN, como os arts. 4º e 5º de RN nº 196, de 14 de junho de 2009, trazem, incidentalmente, essa obrigação.

III - Conclusão:

22. Por todo o exposto e fundamentado, entende-se que há obrigatoriedade de as Administradoras de Benefícios e Operadoras de plano privados de assistência à saúde exigirem a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, bem como da condição elegibilidade do beneficiário, seja para planos coletivos empresariais, seja para planos coletivos por adesão.

23. Conclui-se, portanto, que os artigos 5º, 9º e 32 da Resolução Normativa - RN nº 195 e os artigos 4º e 5º da Resolução Normativa - RN nº 196, ambas de 14 de junho de 2009, devem ser analisados conjuntamente, preservando-se a coerência lógica das normas e mantendo-se a referida obrigação para ambos os tipos de contratação coletiva.

SIMONE SANCHES FREIRE
DIRETORA DE FISCALIZAÇÃO