

Gerência/Diretoria: GGREP/DIPRO  
Protocolo nº 33902.057387/2016 3.7  
Data: 26/02/16 Hora: 10:19  
Assinatura: JA

**Nota nº 003 /2016/GGREP/DIPRO/ANS**

**Assunto: Exposição de Motivos da Proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre o cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde, a pedido do beneficiário.**

**Protocolo: 33902.630142/2014-03**

**Interessado: GGREP/DIPRO**

Senhora Gerente,

Trata a presente Nota de apresentação de proposta de regulamentação, por Resolução Normativa, da solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a pedido do beneficiário.

## **I. INTRODUÇÃO**

A minuta de resolução normativa, ora proposta, representa o atendimento a **RECOMENDAÇÃO PR/RJ/CG Nº 05/2014** do Ministério Público Federal, apresentada em 10/09/2014 por meio do Ofício PR/RJ/CG/Nº 11423/2014 à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No ofício em tela, que foi encaminhado à Gerência Geral de Estrutura e Operação dos Produtos, foram demonstradas **dificuldades em relação ao cancelamento do plano de saúde pelo consumidor**, o que culminou na instauração, pela citada Procuradoria da República, do Procedimento Administrativo nº 1.30.001.003450/2012-00(ICP 695/2012).

Para demonstrar as dificuldades de cancelamento de plano de saúde a pedido do beneficiário, relatadas no citado ofício, destacamos o trecho abaixo:

*"...de modo geral, o procedimento de cancelamento do plano de saúde adotado pelas empresas não oferece segurança ao consumidor que, na maioria das vezes, não recebe qualquer confirmação da empresa, mesmo diante de um pedido formal de cancelamento"; (grifamos)*

Além disso, é informado que, em pesquisa na internet, no site "Reclame Aqui", verificou-se a existência de **muitas reclamações que os consumidores** vêm enfrentando ao solicitar o cancelamento do plano de saúde ou a exclusão do plano de saúde, tais como: **o recebimento de boletos de cobrança mesmo após o pedido formal de cancelamento com a ameaça de inclusão do beneficiário no cadastro de inadimplentes**, o que demonstra a necessidade de regulamentação da matéria.

No mesmo documento, o Parquet ressalta, em síntese, que:

**O Decreto nº 6523/2008 ("Decreto do SAC"):**

a) assegura que o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) *"garantirá ao consumidor, no primeiro menu eletrônico, as opções de contato com o atendente, de reclamação e de **cancelamento** de contratos e serviços"* (artigo 4º);

b) **dispõe sobre o pedido de cancelamento de serviço feito pelo consumidor**, na forma abaixo:

**"Art. 18. O SAC receberá e processará imediatamente o pedido de cancelamento de serviço feito pelo consumidor.**

de

**"Art. 18. O SAC receberá e processará imediatamente o pedido de cancelamento de serviço feito pelo consumidor.**

§ 1º O pedido de cancelamento será permitido e assegurado ao consumidor por todos os meios disponíveis para a contratação do serviço

§ 2º Os efeitos do cancelamento serão imediatos à solicitação do consumidor, ainda que o seu processamento técnico necessite de prazo, e independe de seu adimplemento contratual.

**§ 3º O comprovante do pedido de cancelamento será expedido por correspondência ou por meio eletrônico, a critério do consumidor."**

c) visa assegurar **opções adicionais de cancelamento ao usuário** (o § 1º do artigo 18), não permitindo que seja afastada a obrigação estabelecida no caput ("O SAC receberá e processará imediatamente o pedido de cancelamento de serviço feito pelo consumidor"), **ainda que não haja a contratação do serviço através do SAC"; e**

d) prevê que **"Os órgãos competentes, quando necessário, expedirão normas complementares e específicas para execução do disposto neste Decreto"** (artigo 20);

- através do **Despacho 790/2013/GGEOP/DIPRO/ANS**, a ANS informou que:

1 - *"As normas que tratam do cancelamento do contrato de plano de saúde são a Instrução Normativa – IN DIPRO nº 23, de 1º dezembro de 2009 (...); e a Resolução Normativa RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações. Não há normativo desta Agência que obrigue a operadora a apresentar um documento confirmando a solicitação de cancelamento. **As regras da rescisão contratual devem constar do contrato entre a operadora e o beneficiário**" e que;*

2 - “No momento, o tema não está sendo analisado para fins de publicação de normativo específico criando tal obrigação. Entretanto, (...) não há óbice para que, futuramente, a questão seja objeto de estudo desta Agência, **caso se mostre relevante para a sociedade.**”;

- no item 4 da Cartilha “A regulamentação dos Serviços de Atendimento ao Consumidor (SAC) na Saúde Suplementar” elaborada pela ANS, consta **que a operadora não tem o dever de disponibilizar uma opção para o consumidor que deseje cancelar seu contrato**, sob a justificativa de que, “tendo em vista que não há previsão de contratação de plano de saúde por via telefônica, a hipótese de cancelamento ou suspensão do contrato não se aplica ao setor de saúde suplementar. Neste caso, deverá ser aplicado o princípio da equivalência (...)”; (grifamos)
- que a **Secretaria Nacional do Consumidor, através do Ofício nº 799.2014/CAOTDC/CGTPA/DPDC/Senacon/MJ** declarou que “as prestadoras de serviços regulados devem disponibilizar serviço de atendimento por telefone aos consumidores, a fim de sanar quaisquer dúvidas, informar, receber reclamações, suspensões ou cancelamentos”, concluindo que “**as operadoras de plano de saúde, reguladas pela Agência Nacional de Plano de Saúde (ANS), devem cumprir integralmente as regras estabelecidas no Decreto Federal n. 6.523 de 2008**”; e que
- a **Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL)** editou o Regulamento Geral de Direitos do Consumidor de Serviços de Telecomunicações – RCG (Resolução nº 632, de 2014, estabelecendo **diversos direitos ao usuário quando da rescisão do contrato**, dentre os quais podemos destacar os seguintes:

"Art. 13. Os pedidos de rescisão independem do adimplemento contratual ...

"Art. 15. Os pedidos de rescisão processados sem intervenção de atendente, na forma deste Regulamento, devem ser processados automaticamente e terão efeitos após 2 (dois) dias úteis do pleito

(...)

§ 2º Deve ser garantida ao Consumidor a possibilidade de cancelar seu pedido de rescisão no prazo previsto no caput"

Art. 16. Em qualquer hipótese, o comprovante do pedido de rescisão deve ser disponibilizado ao Consumidor por mensagem de texto, correio eletrônico, correspondência ou qualquer outro meio, a critério do Consumidor."

Neste esteio, o Ministério Público Federal considerando:

1. que *"As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor"* (art. 47 da Lei 8.078, de 1990) sendo **"... nulas de pleno direito**, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: (...) XV – **estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor"**;

2. que foi delegada à ANS (art. 197 da CRFB e art. 4º da Lei 9961/2000) a atribuição de estabelecer normas relativas à regulação das atividades setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde nos país (art. 3º da Lei 9961, de 2000);

3. *"a possibilidade de articulação da ANS com os órgãos de defesa do consumidor visando à eficácia da proteção da defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observando o disposto na Lei nº 8078, de 1990 (art. 4º, XXXVI, da Lei 9961, de 2000)";*

4. que os contratos de planos privados de assistência à saúde *"se caracterizam como contratos relacionais ou cativos de longa duração, assim entendidos como aqueles que envolvem a prestação de serviços essenciais, de uso continuado e sem previsão de término. **Essas características fazem***

***com que o consumidor fatalmente desenvolva uma relação de dependência para com esses serviços, vulnerabilizando-o frente ao fornecedor”;***

5. “... a peculiaridade de tais contratos não pode constituir óbice a efetivação de direitos já assegurados, tampouco uma renúncia antecipada a tais direitos, mas, ao contrário, justifica a adoção de medidas regulatórias que assegurem maior proteção ao consumidor e compensem a sua vulnerabilidade”; e que

6. “ a necessidade de **conferir aplicabilidade às normas do Decreto do SAC no âmbito da Saúde Suplementar**, mediante a adoção de medidas que as conciliem com caráter peculiar desses contratos (contratos cativos de longa duração), a fim de resguardar a segurança e a estabilidade da relação, bem como **o direito à informação clara e adequada acerca dos efeitos do cancelamento**”; (grifamos)

7. Sendo assim, o Ministério Público recomendou à esta Agência Nacional de Saúde Suplementar **que “... edite ato normativo, a fim de regulamentar as formas de rescisão unilateral dos contratos de plano privado de assistência à saúde pelo consumidor, observado o disposto no Decreto 6.523/2008.”**

## **II – DA RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**

Na **RECOMENDAÇÃO PR/RJ/CG Nº 05/2014** do Ministério Público Federal encaminhada a esta ANS é informado que o ato normativo a ser elaborado para regulamentação do tema em questão deve prever:

**“ I – Possibilidade das seguintes formas de pedido de cancelamento:**

- (a) cancelamento presencial;**
- (b) cancelamento por meio de Serviço de Atendimento Telefônico ao Consumidor (SAC);**
- (c) cancelamento por carta;**
- (d) cancelamento por correio eletrônico (e-mail);**
- (e) cancelamento por atendimento via Internet, através do *site* da Operadora;**

**II - O pedido de cancelamento realizado por meio de atendimento pessoal terá efeito imediato, não podendo a Operadora efetuar qualquer cobrança após a apresentação do pedido** (vide art. 14 do Regulamento Geral de Direitos do Consumidor de Serviços de Telecomunicações – RCG, aprovado pela Resolução nº 632/2014 da ANATEL);

**III – Considerando as peculiaridades do trato sucessivo de longa duração do contrato de plano de saúde e a fim de evitar o cancelamento irrefletido e as consequências gravosas ao consumidor, no caso de cancelamento solicitado por meio de atendimento remoto (SAC, correio eletrônico ou internet), o pedido de rescisão apenas terá efeito após determinado prazo (por exemplo, 05 dias úteis após o pleito ou outro prazo considerado mais apropriado pro esta Agência), sendo assegurado ao usuário, dentro deste prazo, a possibilidade de cancelar seu pedido de rescisão** (vide § 2º do art. 15 do Regulamento Geral de Direitos do Consumidor de Serviços de Telecomunicações – RCG, aprovado pela Resolução nº 632/2014 da ANATEL);

**IV – Disponibilização pela Operadora de comprovante do pedido de cancelamento por correio eletrônico, correspondência ou qualquer outro meio, a critério do consumidor** (vide art. 16 do Regulamento Geral

de Direitos do Consumidor de Serviços de Telecomunicações – RCG, aprovado pela Resolução nº 632/2014 da ANATEL);

**V – Que seja assegurado ao consumidor a informação clara, adequada e precisa acerca das consequências de seu pedido de cancelamento, especialmente no tocante à perda (perda de carência, perda do exercício da portabilidade etc)”.**

### **III – DA MANIFESTAÇÃO DA ANS À RECOMENDAÇÃO DO MPF**

Face ao exposto, a Gerência Geral de Estrutura e Operação dos Produtos, através da **Nota nº 1008/2014/GGEOP/DIPRO/ANS, de 24/10/2014, aprovada na 408ª Reunião de Diretoria Colegiada**, realizada em 22/10/2014, após ressaltar:

- “...a **inexistência de normativo desta Agência** que estabeleça regras para o **processamento do pedido feito pelo beneficiário com vistas ao cancelamento do plano de saúde individual ou familiar ou à exclusão de plano coletivo**, ou que obrigue a operadora a apresentar um documento confirmando a solicitação de cancelamento”;
- “que a ANS já **manifestou a possibilidade de regulamentação do tema em questão** (Despacho 790/2013/GGEOP/DIPRO/ANS) afirmando que “No momento, o tema não está sendo analisado para fins de publicação de normativo específico;
- “que o beneficiário de plano privado de assistência à saúde tem **o direito à informação clara e adequada acerca dos efeitos do cancelamento ou da exclusão do plano de saúde**”;
- “a necessidade de promover a discussão sobre o tema, dada a **sua relevância para o mercado de saúde suplementar demonstrada pelas muitas reclamações de consumidores que encontram dificuldades na**



**obtenção do cancelamento do plano de saúde ou na exclusão do plano coletivo...";**

- que a elaboração de normativos editados no âmbito desta ANS deve observar todo o trâmite disposto na Resolução Administrativa – RA nº 49, de 13 de abril de 2012, **que dispõe sobre o processo administrativo normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, e impõe estudo de impacto regulatório, avaliação sobre possível convocação de Câmara Técnica, ou Consulta Pública, para permitir a participação da sociedade no debate sobre o tema, dentre outras;
- **a necessidade de discussão deste tema com a sociedade como um todo**, e que as informações e argumentos apresentados pelo ilustre Parquet **demonstraram a relevância do assunto em questão para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde;**
- sugeriu **a abertura de Câmara Técnica** cuja finalidade é **trocar informações com os principais representantes do mercado de saúde suplementar** sobre o cancelamento ou a exclusão do plano de saúde, quando solicitados pelo beneficiário a fim de **obter subsídios para a construção de uma regulamentação que se mostre efetiva para o setor e que venha a cessar as reclamações dos consumidores advindas do exercício do direito legítimo de desligamento do plano de saúde oferecido pela operadora.**

#### **IV – DA CÂMARA TÉCNICA DA REGULAMENTAÇÃO DO PEDIDO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

Uma vez que as informações encaminhadas pelo ilustre Parquet na presente RECOMENDAÇÃO se mostraram relevantes para a sociedade e evidenciaram a **necessidade de estabelecer regras específicas sobre o cancelamento ou a exclusão do plano de saúde a pedido do beneficiário**, promoveu-se a abertura da "Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários dos Planos de Saúde" com vistas a permitir

a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normativo que estabeleça regras específicas para o pedido de cancelamento (planos individuais ou familiares) ou de exclusão do plano de saúde (planos coletivos), a fim de subsidiar a elaboração de regulamentação sobre o tema.

**A primeira reunião da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde ocorreu em 10 de dezembro de 2014 e contou com a participação dos representantes das operadoras e dos consumidores.** Nesta reunião foi apresentado o conteúdo da Recomendação PR/RJ/CG Nº 05/2014 e algumas questões, que deram início ao debate do tema com os representantes do mercado de saúde suplementar.

Em 30/03/2015 foi realizada a **segunda reunião desta Câmara Técnica na qual compareceram representantes das operadoras e dos consumidores.** Nesta reunião, **além de terem sido apresentadas as principais contribuições recebidas por este órgão regulador** acerca das regras a serem implantadas para regulamentar o cancelamento/exclusão do plano de saúde a pedido do beneficiário, quatro entidades representativas do setor expuseram oralmente sua visão sobre o tema. Foram apresentadas pela ANS **sugestões de encaminhamento para regulamentação do pedido de cancelamento/exclusão de beneficiários de planos de saúde** que vem sendo estudadas pelo grupo técnico de servidores desta Agência definido para este fim.

Na **3ª e última reunião** da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde, realizada em 19 de agosto de 2015, foram apresentadas as contribuições enviadas por cinco entidades representativas do setor **e três propostas de regulamentação do tema, uma para cada tipo de contratação** – individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.

**As citadas propostas decorreram do aprofundamento das discussões** realizadas pelo grupo técnico responsável pelo estudo deste assunto na ANS, que é conduzido pela Coordenadoria Regulatória de Acesso aos Produtos (CORAP/GEMOP/GGREP), após analisar as contribuições recebidas e as opiniões dos representantes do setor manifestadas nos debates que movimentaram as reuniões da Câmara Técnica.

Impende ressaltar que o grupo técnico optou por desenvolver **fluxos de solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde a pedido do beneficiário diferenciado para o contrato individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão**, de modo a respeitar as peculiaridades de cada tipo de contratação, que resultaram na elaboração na sugestão de minuta de resolução normativa de que trataremos a seguir.

## **V - DA PROPOSTA DE MINUTA DE RESOLUÇÃO NORMATIVA**

A proposta de minuta de resolução normativa que será aqui apresentada tem como objetivo a instituição de uma regulamentação específica sobre a solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde a pedido do beneficiário que possa empoderar o consumidor de informações que possibilitem realizar o eventual exercício do seu direito de desligamento do plano de saúde de forma eficaz, seja em contrato individual ou familiar, ou coletivo.

Para facilitar a exposição, a redação dos artigos será comentada e devidamente justificada, por seção/subseção na qual está incluído.

## **V.1 – CAPÍTULO I - Das Disposições Preliminares - Artigos 1º ao 3º**

O Capítulo I da minuta proposta apresenta as Disposições Preliminares, que são constituídas pelos artigos 1º, 2º e 3º, transcritos a seguir:

*"Art. 1º Esta Resolução regulamenta a solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a pedido do beneficiário.*

*Art. 2º Para os efeitos desta Resolução considera-se:*

*I – beneficiário: pessoa física vinculada à operadora através de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;*

*II – cancelamento do contrato de plano de saúde: rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;*

*III – exclusão de contrato individual ou familiar: exclusão de beneficiário dependente, a pedido do titular, de contrato individual ou familiar que continua vigente;*

*IV – exclusão do contrato coletivo empresarial ou por adesão: exclusão, a pedido, de beneficiário titular ou dependente de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua vigente.*

*Art. 3º A regulamentação de que trata o artigo 1º desta Resolução se aplica apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998."*

O artigo 1º tem por objetivo apresentar e delimitar a matéria a ser a tratada no corpo do normativo, qual seja, **a solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, quando formulada pelo beneficiário**, e notadamente as regras a serem observadas pelas operadoras quando do recebimento desta solicitação.

Por força do Princípio da Legalidade (“Ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer nada senão em virtude de Lei”), é direito legítimo de beneficiário de plano privado de assistência à saúde solicitar o desligamento do contrato de plano de saúde, ainda que ele não seja parte contratante na relação jurídica firmada com a operadora, como ocorre nos contratos de planos coletivos, celebrados entre a pessoa jurídica contratante (com ou sem a intermediação da Administradora de Benefícios) a qual o beneficiário está vinculado (observados os artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009) e a Operadora. Frise-se, em oportuno, que o exercício deste direito é individual, ainda que o beneficiário esteja vinculado a contrato coletivo empresarial ou por adesão, uma vez que não obstante venha a ter o seu pedido de exclusão do contrato atendido, tal instrumento, celebrado entre a pessoa jurídica contratante (com ou sem a intermediação da Administradora de Benefícios) e a operadora permanece vigente.

O artigo 2º traz definições para alguns termos que facilitarão a compreensão das demais disposições da resolução normativa ora proposta, como veremos a seguir:

- **Inciso I** – apresenta a definição de beneficiário como a pessoa física vinculada à operadora através de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão.
- **Incisos II, III e IV** - buscam diferenciar o cancelamento da exclusão do contrato de plano de saúde, haja vista que **o desligamento do plano de saúde pode ser solicitado pelo beneficiário, esteja ele vinculado a um contrato de plano individual ou familiar ou a um contrato coletivo empresarial ou por adesão**. É importante ficar claro que o termo “cancelamento” se aplica apenas ao plano individual ou familiar, posto que resulta na rescisão do próprio contrato de plano de saúde, ao contrário do termo “exclusão” que pode se referir aos contratos individuais ou coletivos, visto que tanto a exclusão de beneficiário dependente de contrato individual ou familiar como a de beneficiário (titular ou dependente) de contrato coletivo não conduz à rescisão do contrato que permanece vigente após o desligamento do beneficiário.

- **Incisos II e III** - se referem ao contrato de plano de saúde individual ou familiar, sendo que o primeiro trata do cancelamento do contrato, ou seja, sua rescisão a pedido do beneficiário titular (contratante), e o inciso III se refere à exclusão do beneficiário dependente de contrato individual ou familiar que continua vigente.
- **Inciso IV** - define a exclusão, a pedido, de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua em vigor, visto que a manutenção deste instrumento independe da vontade do beneficiário, pois foi firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora. Ressalte-se que **todos os casos de saída de beneficiário de contrato coletivo serão sempre casos de exclusão** de beneficiário, pois o contrato coletivo seguirá vigente.

Ao fim deste capítulo, o artigo 3º esclarece que as regras explicitadas no normativo em questão se aplicam aos contratos celebrados na vigência da Lei 9.656, de 1998 (após 1º de janeiro de 1999), ou aos contratos celebrados antes da entrada em vigor da referida Lei que foram adaptados às suas disposições. Cabe lembrar que os contratos celebrados antes da vigência da Lei 9.656, de 1998 devem observar as disposições neles previstas, conforme decidido em sede de Ação Direta de Inconstitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal.

## **V. 2 – CAPÍTULO II - Das Disposições Gerais - Artigos 4º ao 21**

O Capítulo II da minuta proposta - **Das Disposições Gerais** é dividido em quatro seções intituladas, em sequência, na forma abaixo:

Seção I - “**Da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**” (art. 4º ao art. 7º);

Seção II - “**Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Empresarial**” (art. 8º ao art. 11);

Seção III - **"Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Por Adesão"** (art. 12 ao art. 15); e

Seção IV - **"Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento ou Exclusão de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão"** (art. 16 ao art. 21).

A organização demonstrada acima teve como objetivo apresentar, em separado, as regras a serem observadas pelas operadoras quando do recebimento de eventual solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde, a pedido de beneficiário, esteja ele vinculado a um contrato individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão. A distribuição dos artigos na forma acima buscou facilitar o entendimento das regras apresentadas, que seguem uma mesma linha de raciocínio, porém, respeitando e contemplando as peculiaridades de cada tipo de contratação.

V.2.1 - Seção I - **"Da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar"** (art. 4º ao art. 7º)

A Seção I - **"Da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar"** está dividida entre as **Subseções I, II e III**, que tratam, respectivamente, das formas que podem ser utilizadas pelo beneficiário para solicitar o cancelamento ou a exclusão do contrato de plano de saúde individual, do envio da referida solicitação à operadora e da comprovação do seu recebimento pela mesma.

▪ **Subseção I - Das Formas de Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**

Na **Subseção I - Das Formas de Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**, é apresentado o artigo 4º que estabelece as regras para a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde individual ou familiar:

*"Art. 4º O beneficiário poderá solicitar o cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar:*

*I – presencialmente na sede da Operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;*

*II – por meio de acesso ao SAC da Operadora; e*

*III – através da página da Operadora na internet.*

*§ 1º As operadoras deverão disponibilizar os meios previstos neste artigo para a escolha dos beneficiários.*

*§ 2º As Operadoras que possuem o serviço de SAC estão obrigadas a receber as solicitações de que trata o inciso II deste artigo.*

*§ 3º As solicitações realizadas na forma prevista no inciso II deste artigo observarão as disposições previstas no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008 e suas posteriores alterações.*

*§ 4º Para as solicitações a serem realizadas na forma prevista no inciso III deste artigo, a Operadora deverá disponibilizar um campo específico sobre cancelamento ou exclusão do plano de saúde em seu portal corporativo que permita a fácil visualização pelos beneficiários."*

De acordo como disposto no artigo acima, as solicitações de cancelamento ou exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde individual ou familiar devem ser encaminhadas **diretamente pelo beneficiário solicitante à operadora** de planos privados de assistência à saúde, visto que nestes contratos, o vínculo contratual é estabelecido diretamente entre o consumidor (pessoa física) e a operadora.



Conforme estabelecido nos incisos I, II e III acima transcritos, o beneficiário poderá solicitar o cancelamento ou a exclusão de beneficiário dependente de contrato individual ou familiar **presencialmente na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela designados; através do acesso ao SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) disponibilizado pela Operadora ou da sua página na internet,** restando claro, conforme estabelece o § 1º do mesmo artigo, que **tais meios devem ser disponibilizados pela operadora para a escolha dos beneficiários.**

No entanto, a regra prevista no § 2º foi elaborada no intuito de deixar claro que somente as operadoras que possuem o serviço de SAC estão obrigadas a viabilizar que as solicitações de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde sejam realizadas por este meio. Importante mencionar ainda que as solicitações realizadas através do SAC observarão as disposições estabelecidas no Decreto nº 6523, de 2008, que estabeleceu normas gerais sobre a utilização deste serviço, o que foi feito no § 3º do mesmo artigo.

Para facilitar o encaminhamento das solicitações de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde através da página da operadora na internet, a minuta ora proposta propõe no § 4º acima do mesmo artigo que a operadora disponibilize um campo específico sobre cancelamento ou exclusão do plano de saúde em seu portal corporativo que seja de fácil visualização pelos beneficiários.

Dando seguimento, a norma do artigo 5º desta subseção I da minuta ora proposta tem o condão de informar que a solicitação de cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar **tem efeito imediato a partir do recebimento pela Operadora, e caráter irrevogável, não permitindo ao beneficiário desistir do pedido de desligamento do contrato,** conforme explicita o referido artigo:

*Art. 5º No ato da solicitação de cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar, a Operadora prestará as informações previstas no artigo 17 desta resolução.*

*Parágrafo único. Uma vez cientificado o beneficiário, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.*

Neste sentido, destaca-se que tal preceito foi elaborado em atendimento à uma das recomendações exaradas pelo Ministério Público Federal já expostas nesta Nota, que trazemos a seguir:

**“II - O pedido de cancelamento realizado por meio de atendimento pessoal terá efeito imediato, não podendo a Operadora efetuar qualquer cobrança após a apresentação do pedido.”**

Ressalta-se que embora o MPF tenha recomendado que somente as solicitações realizadas por meio de atendimento pessoal tenham efeito imediato, o entendimento exarado na minuta de resolução normativa ora proposta expressa que as solicitações de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde realizadas por qualquer meio citado na referida minuta **terão efeito imediato a partir da ciência da operadora ou da Administradora de Benefícios (se participante da relação contratual) da solicitação** de cancelamento ou exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde, independente do tipo de contratação.

Não obstante, embora a regra do artigo 5º da minuta ora proposta atenda à recomendação acima exposta, tal preceito, não atende à outra recomendação do Ministério Público Federal, cujo trecho é trazido abaixo:

**“... no caso de cancelamento solicitado por meio de atendimento remoto (SAC, correio eletrônico ou internet), o pedido de rescisão apenas terá efeito após determinado prazo (por exemplo, 05 dias úteis após o pleito ou outro prazo considerado mais apropriado pro esta Agência), sendo assegurado ao usuário, dentro deste prazo, a possibilidade de cancelar seu pedido de rescisão”.**

Nota-se que a recomendação acima foi extraída do Regulamento Geral de Direitos do Consumidor de Serviços de Telecomunicações – RCG (§ 2º do art. 15), aprovado pela Resolução nº 632/2014 da ANATEL, ou seja, se aplica à solicitação de cancelamento do serviço de telefonia. Entretanto, tal serviço não se coaduna com as características do plano de saúde cuja natureza de seguro tem a função de proteger o consumidor diante de um evento futuro e incerto em sua saúde. Desta feita, as discussões realizadas pelo grupo técnico responsável pelo estudo deste tema e também aquelas advindas da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde concluíram pela inviabilidade do exercício do direito de arrependimento por parte do beneficiário após a solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde em decorrência dos problemas que uma eventual necessidade de utilização dos serviços pelo beneficiário que solicitou o desligamento do contrato acarretaria para a operadora.

Ademais, cumpre informar que **não há que se falar em direito de arrependimento, se o beneficiário estiver plenamente informado das consequências de uma eventual solicitação de desligamento do contrato de plano de saúde** (que serão tratadas adiante) a fim de exercer de forma consciente o seu direito de cancelamento ou exclusão do referido contrato.

▪ **Subseção II - Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar.**

Nesta **Subseção II** foram trazidas as regras dos artigos 6º e 7º da minuta ora proposta que foram elaboradas para **determinar às operadoras de planos privados de assistência à saúde a entrega do comprovante de solicitação** de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde ao beneficiário. Importa destacar que tais regras foram exaradas na minuta em questão em atenção à uma das recomendações do Ministério Público Federal, abaixo transcrita:

***"IV – Disponibilização pela Operadora de comprovante do pedido de cancelamento por correio eletrônico, correspondência ou qualquer outro meio, a critério do consumidor"***

De fato a entrega do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde ao beneficiário se faz necessária, sendo imprescindível para resguardá-lo da emissão de futuros boletos de pagamento emitidos posteriormente à data de solicitação do cancelamento ou exclusão do contrato, visto que constitui, enquanto não for efetuado o seu desligamento do contrato, a prova de que não é mais da vontade do beneficiário permanecer com o respectivo plano de saúde.

As regras supracitadas estão dispostas a seguir:

*Art. 6º A Operadora dará ciência ao beneficiário do recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiário dependente do contrato de plano de saúde individual ou familiar através da entrega do respectivo comprovante.*

*§ 1º As solicitações realizadas de modo presencial serão comprovadas pela entrega imediata do respectivo comprovante.*

*§ 2º As solicitações realizadas pelo SAC serão comprovadas no contato telefônico pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário.*

*3º As solicitações realizadas através do acesso ao portal corporativo da Operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática ao beneficiário.*

*Art. 7º É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação ao beneficiário na forma do artigo anterior.*

*Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 18 desta Resolução."*

Da leitura do artigo 6º acima, verifica-se que seus parágrafos indicam que o recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde pela operadora será comprovado ao beneficiário a depender da forma escolhida por ele para formular o seu pedido de desligamento do referido contrato, ou seja, se foi solicitado presencialmente, através da entrega imediata do respectivo comprovante pelo atendente da operadora; se a solicitação ocorreu por meio do SAC, sua comprovação é o próprio protocolo de atendimento; e se a mesma foi encaminhada através da página da operadora na internet, será comprovada pela emissão automática de resposta da operadora ao beneficiário.

O artigo 7º da minuta ora proposta impõe às operadoras de planos privados de assistência à saúde a obrigatoriedade de entrega do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiário do contrato de plano de saúde na forma do artigo anterior (art. 6º), além de ressaltar que a entrega do mesmo não isenta as operadoras do dever de prestar as informações dispostas no artigo 18 da referida minuta de resolução normativa, que se referem, como se verá adiante, às informações que devem ser passadas ao beneficiário após o recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde.

**V.2.2 - Seção II - “Da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Coletivo Empresarial” (art. 8º ao art. 11);**

A Seção II – **“Da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Coletivo Empresarial”** está dividida entre as **Subseções I e II** que tratam, respectivamente, de como o beneficiário deverá proceder para solicitar a exclusão do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, e da comprovação de recebimento da referida solicitação pela operadora.

▪ **Subseção I - Do Envio da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial**

A Subseção I é composta pelos artigos 8º e 9º da minuta de resolução normativa ora proposta, que trazemos a seguir:

*Art. 8º O beneficiário titular poderá solicitar, por qualquer meio, à pessoa jurídica contratante a qual é vinculado a sua exclusão ou a de beneficiário dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.*

*Art. 9º No ato do recebimento da solicitação da exclusão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial, encaminhado pela pessoa jurídica contratante, a Operadora prestará as informações previstas no artigo 17 desta resolução ao beneficiário.*

*Parágrafo único. Uma vez cientificado o beneficiário, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.*

O artigo 8º traz de forma clara que o beneficiário titular poderá solicitar, por qualquer meio que lhe dê acesso à pessoa jurídica contratante a sua exclusão ou a de beneficiário dependente do contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

A regra deste artigo foi elaborada tendo como premissa que o plano privado de assistência à saúde, nos contratos coletivos empresariais, constitui um benefício disponibilizado pela pessoa jurídica contratante às pessoas a ela vinculadas, de forma empregatícia ou estatutária (na forma do artigo 5º da RN nº 195, de 2009) que, por opção, "aderem" ao mesmo. Neste sentido, se a adesão ao plano de saúde se dá através da pessoa jurídica contratante, a solicitação de desvinculação do referido contrato também deve ser encaminhada pela mesma à operadora. Além da natureza de benefício trabalhista atribuída ao plano de saúde oferecido pelas pessoas jurídicas legitimadas a celebrar contrato de coletivo empresarial para o oferecimento de plano de saúde às pessoas físicas a estas vinculadas, eventuais regras oriundas de acordos coletivos justificam que a solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial seja

encaminhada exclusivamente à pessoa jurídica contratante, para envio à Operadora.

Conforme largamente exposto, e de acordo com o disposto no artigo 5º da minuta de resolução normativa ora proposta em relação aos contratos de planos individuais ou familiares, o artigo 9º supracitado deixa claro que **a solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial tem efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Operadora.**

▪ **Subseção II - Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial**

Esta subseção trata da confirmação da solicitação de exclusão de beneficiários de contrato coletivo empresarial na forma dos artigos 10 e 11, a seguir:

*Art. 10 A Operadora dará ciência ao beneficiário titular do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo empresarial através da entrega do respectivo comprovante.*

*§ 1º O comprovante de solicitação de que trata o caput deste artigo poderá ser repassado ao beneficiário pela pessoa jurídica contratante.*

*§ 2º Como parte contratante, a Operadora deverá orientar à pessoa jurídica que aderiu ao contrato de plano de saúde a fornecer ao beneficiário um comprovante preliminar da solicitação de exclusão do beneficiário logo após o seu recebimento.*

*Art. 11 É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação de que trata o artigo anterior ao beneficiário.*

*Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.*

A exemplo do que já foi exposto na minuta ora proposta acerca da entrega do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano individual ou familiar, as regras previstas nos artigos destacados acima foram

elaboradas para informar que o beneficiário titular deverá receber o comprovante de solicitação de exclusão de contrato coletivo empresarial.

Nestes contratos, tal comprovante poderá ser repassado pela pessoa jurídica ao beneficiário, ou ser a ele encaminhado diretamente pela operadora. Ressalta-se que é responsabilidade da operadora a entrega do referido comprovante ao beneficiário.

Como a solicitação de exclusão é encaminhada pela pessoa jurídica contratante à operadora fazendo com que o beneficiário não receba o comprovante no momento em que formaliza o pedido à pessoa jurídica que o representa, o § 2º do artigo 10 acima transcrito sugere que a operadora, enquanto parte na relação contratual firmada com a pessoa jurídica contratante a oriente a fornecer ao beneficiário, no momento em que receber seu pedido de exclusão do contrato, um comprovante da referida solicitação, que, em caráter preliminar, comprovará que o beneficiário solicitou a exclusão do contrato até que este receba o comprovante de solicitação emitido pela operadora.

Ressalte-se que a entrega do citado comprovante não isenta as operadoras do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 da referida minuta de resolução normativa, que se referem, como se verá adiante, às informações que devem ser passadas ao beneficiário no ato do recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde.

#### **V.2.3 - Seção III - "Da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Coletivo por Adesão" (art. 12 ao art. 15)**

A seção acima identificada está dividida entre as **Subseções I e II** que tratam, respectivamente, de como o beneficiário deverá proceder para solicitar a exclusão do contrato de plano de saúde coletivo por adesão e do comprovante de recebimento da referida solicitação a ser fornecido ao beneficiário pela Operadora



ou pela Administradora de Benefícios, quando o pedido foi feito pelo beneficiário diretamente a esta pessoa jurídica.

▪ **Subseção I - Dos Meios de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão**

A Subseção I acima identificada relata sobre os meios que o beneficiário de contrato coletivo por adesão pode utilizar para solicitar a sua exclusão do contrato de plano de saúde.

De acordo com o disposto na RN nº 195, de 2009, que estabelece regras para a contratação de planos de saúde por pessoas físicas ou jurídicas, o artigo 9º desta resolução conferiu elegibilidade às pessoas jurídicas definidas nos seus incisos para celebrar contratos coletivos por adesão com operadoras de planos privados de assistência à saúde com vistas ao oferecimento de plano de saúde às pessoas físicas a elas vinculadas. É sabido que na celebração destes contratos é bastante comum a participação da Administradora de Benefícios cuja atuação está regida pela RN nº 196, de 2009. Embora os contratos coletivos por adesão sejam firmados pelas pessoas jurídicas definidas no artigo 9º acima citado, com ou sem a participação de Administradora de Benefícios, a atuação do beneficiário nestes contratos se assemelha aos contratos individuais ou familiares.

Neste sentido, considerando a necessidade premente no mercado de saúde suplementar de estimular o acesso aos planos individuais ou familiares, a regra do artigo 12 abaixo transcrita buscou aproximar a regra de cancelamento ou exclusão de contrato de plano individual à exclusão do contrato coletivo por adesão, de forma a facilitar o desligamento do beneficiário dos contratos coletivos por adesão através da possibilidade de encaminhamento da solicitação de exclusão do referido contrato diretamente à Operadora, como ocorre nas solicitações de cancelamento ou exclusão de beneficiários de contrato individual ou familiar. Frise-

se, em oportuno, que nada impede que o beneficiário, a seu critério, venha a solicitar a sua exclusão ou a de beneficiário dependente do contrato à pessoa jurídica contratante ou à Administradora de Benefícios, quando participante da relação contratual, como assevera o citado artigo 12, transcrito a seguir:

*Art. 12 O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:*

*I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde; ou*

*II – à Administradora de Benefícios, se participante do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora; ou*

*III – à Operadora de planos privados de assistência à saúde.*

*§ 1º As solicitações recebidas pelas entidades de que tratam os incisos I e II deste artigo serão encaminhadas à Operadora.*

*§ 2º Nas solicitações de que tratam os incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar qualquer uma das formas previstas no artigo 4º desta Resolução.*

*§ 3º As solicitações de que trata o inciso I e III deste artigo têm efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Operadora.*

*§ 4º As solicitações de que trata o inciso II deste artigo têm efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Administradora de Benefícios.*

De acordo com o disposto no § 1º acima exposto, as solicitações de exclusão de contrato coletivo por adesão que forem encaminhadas pelo beneficiário à pessoa jurídica contratante (inciso I) ou à Administradora de Benefícios (inciso II) serão por estas entidades direcionadas à Operadora.

Optando o beneficiário por solicitar a exclusão do contrato à Administradora de Benefícios (inciso II) ou diretamente à Operadora (inciso III), poderá fazê-lo mediante qualquer uma das formas de que trata o artigo 4º da minuta ora proposta, quais sejam, presencialmente, através do SAC da operadora ou da sua página na internet.

Em consonância com os artigos 5º, para os contratos individuais ou familiares e o artigo 9º para os contratos coletivos empresariais, os § 3º e 4º do artigo 12 acima deixam claro que **a solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo por adesão tem efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Operadora (§ 3º) ou pela Administradora de Benefícios (§ 4º)**. Por via de consequência, o artigo 13 abaixo transcrito acrescenta que as solicitações de exclusão de contrato coletivo por adesão têm caráter irrevogável, não sendo permitido ao beneficiário desistir do pedido:

*Art. 13 Uma vez cientificado o beneficiário, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.*

*Parágrafo único. O beneficiário será informado do disposto no caput deste artigo conforme estabelece o inciso IV do artigo 17 desta resolução normativa.*

▪ **Subseção II - Da Entrega do Comprovante de Recebimento de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão**

Da mesma forma que nas solicitações de desligamento de beneficiários de contratos individuais ou familiares e coletivos empresariais, o beneficiário que solicitar a exclusão de contrato coletivo por adesão deverá receber o comprovante desta solicitação, que se dará na forma dos artigos 14 e 15 trazidos a seguir:

Art. 14 A Administradora de Benefícios ou a Operadora dará ciência ao beneficiário do recebimento da solicitação de exclusão do beneficiário de contrato coletivo por adesão através da entrega do respectivo comprovante.

Parágrafo único. Nas solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante, a Operadora encaminhará o comprovante ao beneficiário com as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

Art. 15 É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação de que trata o artigo anterior ao beneficiário.

Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

De acordo com o disposto no artigo 14 transcrito acima, é responsabilidade da Administradora de Benefícios ou da Operadora que recebeu a solicitação de exclusão do contrato coletivo por adesão fornecer o respectivo comprovante ao beneficiário. A regra do parágrafo único do mesmo artigo foi elaborada para deixar claro que nas solicitações de exclusão de beneficiários recebidas pela pessoa jurídica contratante, cabe à operadora o fornecimento das informações importantes sobre o desligamento do contrato de plano de saúde que devem ser passadas ao beneficiário assim que Operadora tomar ciência da solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde (art. 17).

A regra do artigo 15 foi formulada para destacar a obrigatoriedade de entrega do comprovante de solicitação de exclusão de contrato coletivo por adesão ao beneficiário, estando obrigada ainda a Operadora a prestar as informações relevantes ao beneficiário sobre a exclusão do contrato de plano de saúde de que trata o artigo 17 da minuta.

**V.2.4 - Seção IV - "Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento ou Exclusão de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão (art. 16 ao art. 20)"**

A seção acima identificada está dividida entre as **Subseções I, II, III e IV**. Nesta seção foram contemplados aspectos que se aplicam às solicitações de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde, independente do tipo de contratação do plano de saúde, que trataremos a seguir:

▪ **Subseção I - Do Momento de Exercício do Direito de Cancelamento ou Exclusão de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

Esta subseção foi idealizada com o propósito de trazer informação sobre o momento em que o beneficiário pode fazer jus ao direito de desligamento do contrato de plano de saúde. O cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde é direito legítimo do beneficiário, e pode por ele ser solicitado a partir da assinatura da proposta de adesão, como afirma o artigo 16 abaixo transcrito:

Art. 16 A solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão poderá ser encaminhada pelo beneficiário a qualquer tempo, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

*§ 1º O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime o beneficiário do pagamento de multa, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses.*

*§ 2º É vedada a cobrança de multa ao beneficiário participante de contrato coletivo empresarial ou por adesão, pela Operadora ou Administradora de Benefícios, mesmo que ocorra antes da vigência mínima de 12(doze) meses.*

Ressalte-se que em alguns contratos individuais ou familiares é estabelecida a cobrança de multa por rescisão solicitada antes da vigência mínima de 12 meses (item 2, alínea A, do tema XVII – Rescisão/Suspensão, do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, Anexo I, da IN DIPRO 23, de 2009), o que não impede o cancelamento do plano de saúde, se mesmo nestas condições, for esta a vontade do beneficiário.

Ademais, as previsões constantes no artigo 17 da RN nº 195/2009 referem-se, exclusivamente, as partes jurídicas contratantes, não sendo tais disposições aplicáveis aos beneficiários diretamente. Neste sentido o beneficiário poderá solicitar sua exclusão a qualquer tempo, uma vez que a contratação é com a pessoa jurídica contratante.

Portanto, a Operadora/Administradora de Benefícios não poderão cobrar multa por exclusão diretamente ao beneficiário, sendo certo que poderá haver previsão contratual em relação a pessoa jurídica contratante.

▪ **Subseção II - Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde**

Esta subseção foi elaborada com o propósito de contemplar na minuta ora proposta as **informações sobre as consequências do cancelamento ou da exclusão do contrato de plano de saúde**, que constitui uma das recomendações do Ministério Público Federal, encaminhada a esta ANS nos seguintes termos:

“ (...)

**V – Que seja assegurado ao consumidor a informação clara, adequada e precisa acerca das consequências de seu pedido de cancelamento, especialmente no tocante à perda (perda de carência, perda do exercício da portabilidade etc)”.**

Desta feita, foi elaborado o artigo 17 com o escopo de obrigar às Operadoras que receberem solicitações de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde e às Administradoras de Benefícios, que receberem a solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo por adesão a prestar ao beneficiário, **de forma clara e precisa, no mínimo, as informações trazidas nos incisos do referido artigo**, transcrito a seguir:

Art. 17 Ao beneficiário que solicitar o cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverão ser prestadas pelo representante da Operadora ou da Administradora de Benefícios, se participante do contrato, de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998.

II – O cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de contrato coletivo por adesão acarreta a perda do direito à portabilidade de carências, nos termos previstos na RN nº 186, de 2009.

III – O eventual ingresso em novo contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão poderá importar no preenchimento de nova declaração de saúde, e alegação de omissão de doença ou lesão preexistente – DLP, podendo incidir cobertura parcial temporária – CPT.

IV – A solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão tem efeito imediato a partir da ciência da Operadora ou Administradora de Benefícios e caráter irrevogável, não sendo o permitido ao beneficiário desistir do pedido.

V – As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

VI – As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta e serão objeto de cobrança futura pela Operadora;

VII – A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não implica na supressão automática dos beneficiários dependentes que optarem por permanecer no contrato com a assunção das obrigações correspondentes; e

VIII – A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à manutenção dos dependentes, em cumprimento ao disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

Parágrafo único. As informações de que trata o **caput** deste artigo devem ser disponibilizadas pelo atendente da Operadora ou Administradora de Benefícios no momento da solicitação, realizada de modo presencial ou através do SAC destas entidades, ou na entrega do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde.

A regra prevista no artigo destacado acima foi elaborada com o intuito de obrigar às Operadoras ou Administradoras de Benefícios (que receberem pedido de exclusão de contrato coletivo por adesão), quando do recebimento do pedido de desligamento do contrato de plano de saúde, a informar ao beneficiário, de forma clara e precisa, as consequências do cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde. Essas consequências são tratadas nos incisos I a VIII, esclarecidos abaixo:

a) inciso I – o beneficiário que tem cancelado o contrato individual ou familiar, ou é excluído de contrato de plano de saúde individual (na condição de dependente) ou coletivo (na condição de titular ou dependente) **poderá cumprir novos períodos de carência (na forma do inciso V do artigo 12 da Lei 9.656, de 1998)**, além daquelas relacionadas a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos ao novo plano, ou em relação ao melhor padrão de acomodação deste, se a celebração de novo contrato individual ou familiar ou o ingresso em contrato coletivo empresarial ou por adesão, da mesma operadora, ocorrer com solução de continuidade entre os planos, como prevê a Súmula Normativa nº 21, de 2013, cujo trecho destacamos:

*"(...) Na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência, vedada pelo inciso I do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998."*

b) inciso II – o beneficiário que tem cancelado o contrato individual ou familiar, ou é excluído de contrato de plano de saúde individual (na condição de dependente) ou coletivo por adesão (na condição de titular ou dependente) **poderá perder o direito à portabilidade de carências**, se não observados os requisitos para o seu exercício previstos no artigo 3º da RN nº 186, de 2009;

c) inciso III - o beneficiário que tem cancelado o contrato individual ou familiar, ou é excluído de contrato de plano de saúde individual (na condição de dependente) ou coletivo empresarial ou coletivo por adesão (na condição de titular ou dependente) poderá ser submetido ao preenchimento de nova declaração de saúde, e sofrer alegação de omissão de doença ou lesão preexistente – DLP, podendo incidir cobertura parcial temporária – CPT se no eventual ingresso em novo contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão não forem observadas as condições previstas no artigo 14, da RN nº 162, de 2007:



*"Art. 14 Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.*

**Parágrafo único.** *Conforme disposto no caput deste artigo, não caberá alegação de DLP e/ou CPT ou Agravo para os casos acima referidos."*

d) inciso IV – **o beneficiário não pode desistir da solicitação** de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão, uma vez que a mesma tem **efeito imediato a partir da ciência da Operadora ou Administradora de Benefícios e caráter irrevogável**, o que é reforçado na minuta de resolução normativa ora proposta nos artigos 5º (contratos individuais ou familiares), 9º (contratos coletivos empresariais); nos §§ 3º e 4º do artigo 12 (contratos coletivos por adesão) e no artigo 13 (contratos coletivos por adesão);

e) inciso V – o beneficiário (titular ou dependente) deve ser informado que **é responsável pelas contraprestações pecuniária vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados até a data ou mesmo na data de solicitação** de cancelamento ou exclusão do plano de saúde;

f) inciso VI – o beneficiário (titular ou dependente) deve ser informado que **é responsável pelo pagamento das despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços realizados após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência**. Tais despesas correrão por sua conta e serão objeto de cobrança futura pela Operadora, uma vez que foram realizadas após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato. Como já dito anteriormente, as solicitações de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde têm efeito imediato a partir da ciência da Operadora ou da Administradora de Benefícios (quando receber

pedido de exclusão de contrato coletivo por adesão), logo os serviços médicos e/ou odontológicos eventualmente utilizados pelo beneficiário após a solicitação de cancelamento ou a exclusão do contrato são de responsabilidade do beneficiário.

g) inciso VII – é importante que o beneficiário titular seja informado que a sua exclusão do contrato não acarreta a dos seus dependentes, que podem permanecer no contrato com a assunção das obrigações correspondentes, se houver previsão contratual neste sentido;

h) inciso VIII - o beneficiário titular precisa ser informado que a sua exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à manutenção dos dependentes, em cumprimento ao disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que assim dispõe:

*"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:*

*(...);*

*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.*

Da leitura do inciso II acima, depreende-se que os beneficiários dependentes somente são excluídos do contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão em decorrência da exclusão do titular, se houver previsão contratual definindo tal exclusão.

Explanadas as informações acerca das consequências do cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde, a regra trazida no artigo 18 buscou contemplar na minuta ora proposta em que momento devem ser fornecidas estas

informações ao beneficiário que manifestou a intenção de desligamento do contrato de plano de saúde, nos seguintes termos:

Art. 18 As informações de que trata o caput do artigo anterior devem:

I – ser disponibilizadas pelo atendente da Operadora ou Administradora de Benefícios no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através do SAC destas entidades, ou

II - constar do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde a ser fornecido pela Operadora ou Administradora de Benefícios, nos demais casos.

Dada a relevância destas informações para o beneficiário e considerando o disposto acima, entende-se que:

a) **o atendente da Operadora ou da Administradora de Benefícios deve prestá-las no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através do SAC** destas entidades, ou

b) **devem constar do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde, nos demais casos.** Entende-se que os casos a que se refere este item b são as solicitações realizadas através do portal corporativo da Operadora ou da Administradora de Benefícios e as solicitações de exclusão de contrato coletivo empresarial encaminhadas pela pessoa jurídica contratante à Operadora.

Nesta mesma subseção, considerando a importância de fornecer ao beneficiário informação necessária sobre o cancelamento ou a exclusão do contrato de plano de saúde a fim de que ele exerça o seu direito de forma consciente, o artigo 19 foi elaborado para destacar que **as consequências do desligamento do contrato de plano de saúde de que trata o artigo 17 serão divulgadas pela ANS em sua página na internet e deverão ser disponibilizadas pelas Operadoras e Administradoras de Benefícios em seus portais corporativos**

**em campo específico** que permita a fácil visualização pelos beneficiários, nos termos abaixo:

Art. 19 As informações de que trata o artigo 17 desta Resolução Normativa serão divulgadas pela ANS em sua página na internet e deverão ser disponibilizadas pelas Operadoras e Administradoras de Benefícios em seus portais corporativos em campo específico que permita a fácil visualização pelos beneficiários.

▪ **Subseção III - Da Entrega do Comprovante de Cancelamento ou Exclusão de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

Em decorrência da regra que obriga o fornecimento do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde pelas Operadoras e Administradoras de Benefícios, estas últimas quando recebedoras de pedidos de exclusão de contratos coletivos por adesão, a subseção acima identificada buscou contemplar na minuta ora proposta a necessidade de **entrega do comprovante do cancelamento do contrato de plano individual ou familiar ou da exclusão do beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão** solicitada pelo beneficiário, conforme estabelece o artigo 20 abaixo:

Art. 20 A partir do envio do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão, a Operadora deverá encaminhar no prazo de 10 (dez) dias úteis o comprovante do efetivo desligamento do beneficiário do contrato de plano de saúde.

Da leitura do artigo acima, restou claro que a Operadora tem o prazo de 10 dias úteis após o envio do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde para encaminhar o documento que comprova o desligamento do beneficiário do referido contrato. A justificativa para o fornecimento do citado comprovante foi salvaguardar o beneficiário de indevidas cobranças futuras, se estiverem relacionadas a períodos posteriores ao cancelamento ou a exclusão do beneficiário do contrato de plano de saúde.

▪ **Subseção IV - Das Informações sobre os Valores Pendentes de Cobrança ou Devolução pela Operadora em Decorência do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar ou de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

Esta subseção foi elaborada para estabelecer regras sobre os valores que estiverem pendentes de cobrança ou devolução pela operadora em decorrência do cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, uma vez que na data de solicitação podem existir valores a serem acertados entre operadora e beneficiário relacionados a coparticipações ainda não cobradas, contraprestações vencidas, utilizações de serviços realizados pelo beneficiário após o pedido de desligamento do contrato, que são de responsabilidade do beneficiário (art. 17, VI), em função da solicitação ter efeito imediato a partir da data de sua realização (contratos individuais ou familiares) ou da ciência da operadora (contratos coletivos). No caso de devolução de valores pela operadora, cabe ao beneficiário receber parte do valor da contraprestação do último boleto pago, se a data de solicitação do desligamento do contrato for anterior ao último dia do período informado no referido boleto.

O prazo de 10 dias úteis do artigo 20 supracitado se mostrou razoável para o levantamento pela operadora das informações de que tratam os incisos do artigo 21 abaixo transcrito:

Art. 21 O comprovante do efetivo cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverá conter:

I – informações sobre cobranças de coparticipação pela utilização de serviços no período anterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde;

II – informações sobre a cobrança do boleto mensal correspondente ao período anterior à data de solicitação do cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde;

III – informações sobre eventuais cobranças de serviços realizados, inclusive nos casos de urgência ou emergência, após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde; e

IV – informações sobre o valor pro rata correspondente ao número de dias já quitados pelo beneficiário que será devolvido pela Operadora por se tratar de período posterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano privado de assistência à saúde.

V – a informação de que as cobranças de que tratam os incisos I, II e III deste artigo poderão ser feitas pela Operadora no prazo de 5 (cinco) anos da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde.

VI – a informação de que a devolução de que trata o inciso IV deste artigo deverá ser feita pela Operadora no prazo de 120 (cento e vinte) dias da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde.

Parágrafo único. A cobrança pela utilização de serviços realizados após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde de que trata o inciso III deste artigo poderá ser feita diretamente ao beneficiário.

Como se vê, o artigo 21 determina que o comprovante de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde a ser fornecido pela operadora ao beneficiário **deve contemplar as informações sobre os valores pendentes a serem acertados entre as partes em função do desligamento do beneficiário do referido contrato**, a saber:

a) o inciso I trata das coparticipações a serem pagas pelo beneficiário pela utilização de serviços no período anterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde, que ainda não foram cobradas pela operadora;

b) o inciso II se refere à cobrança do boleto mensal correspondente ao período anterior à data de solicitação do cancelamento ou exclusão do contrato de plano

privado de assistência à saúde, ou seja, ao(s) boleto(s) já emitido(s) pela operadora e ainda não quitado(s) pelo beneficiário;

c) o inciso III versa sobre eventuais cobranças de serviços realizados pelo beneficiário, inclusive nos casos de urgência ou emergência, após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde, que são devidos à operadora. Ressalta-se que o beneficiário é informado pela operadora que tais valores serão cobrados, se houver qualquer utilização dos serviços após a data de solicitação de desligamento do contrato (art. 17, VI). Como a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde tem efeito imediato à data da ciência da operadora, os serviços do plano de saúde não devem ser utilizados pelo beneficiário a partir da data em que formaliza a sua solicitação de cancelamento ou exclusão do referido contrato;

d) o inciso IV destaca que devem constar do comprovante de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde informações sobre o valor pro rata correspondente ao número de dias já quitados pelo beneficiário que será devolvido pela Operadora por se tratar de período posterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano privado de assistência à saúde;

e) inciso V – a informação de que as cobranças de que tratam os incisos I, II e III deste artigo poderão ser feitas pela Operadora no prazo de 5 (cinco) anos da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde, uma vez que o Código Civil Brasileiro (art. 206, § 5º, I) já estabelece tal prazo para cobranças de dívidas de natureza contratual, logo neste aspecto, a minuta ora proposta não inovou, pois entende-se que as cobranças dos incisos I, II e III deste artigo, por serem dívidas oriundos de contrato de plano de saúde, podem ser exigidas pela operadora no prazo de 5 anos a partir da data da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde;

f) inciso VI – a informação de que a devolução de que trata o inciso IV deste artigo deverá ser feita pela Operadora no prazo de 120 (cento e vinte) dias da data do

efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde. Fixou-se que esta devolução deve ocorrer em prazo mais curto do que o prazo estabelecido para as cobranças de que tratam os incisos I, II e III, uma vez que demanda apenas o cálculo do valor pro rata correspondente ao número de dias já quitados pelo beneficiário que será devolvido pela Operadora por se tratar de período posterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano privado de assistência à saúde.

A regra do parágrafo único do artigo 21 estabelece que a cobrança pela utilização de serviços realizados após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde (inciso III deste artigo) poderá ser feita diretamente ao beneficiário. Como a solicitação de desligamento do contrato de plano de saúde produz efeitos imediatos a partir da ciência da operadora, a cobrança de qualquer serviço realizado após esta data pode ser feita diretamente ao beneficiário, não fazendo sentido que seja intermediada pela pessoa jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios, como ocorre nos contratos coletivos.

### **V. 3 – CAPÍTULO III - Das Disposições Finais - Artigos 22 ao 25**

Resta oportuno neste capítulo informar que as solicitações de exclusão de beneficiários de operadoras de autogestão por RH (art. 2º, I, da RN nº 137, de 2006) devem seguir as regras estabelecidas para a solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiários de contratos individuais ou familiares (Seção I do Capítulo II), uma vez que nas autogestões desta modalidade, o vínculo é estabelecido diretamente entre o beneficiário e a operadora, como ocorre nos contratos individuais ou familiares, o que foi objeto do artigo 22 da minuta ora proposta, disposto a seguir:

Art. 22 As solicitações de exclusão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde disponibilizados pelas entidades de autogestão, que se enquadram no inciso I do artigo 2º da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, deverão seguir o disposto na Seção I do Capítulo II desta Resolução.



Em decorrência da regra estabelecida no inciso III do artigo 12 da minuta ora proposta, que faculta ao beneficiário de contrato coletivo por adesão solicitar a exclusão do contrato diretamente à operadora de planos privados de assistência à saúde, faz-se necessária a alteração no artigo 18 da Resolução Normativa nº 195, de 2009 para incluir o inciso III de modo a permitir que os beneficiários possam, a seu critério, solicitar diretamente à operadora a exclusão de contrato coletivo por adesão e esta possa receber tal solicitação do beneficiário, conforme aponta o artigo 23 da minuta em questão, abaixo transcrito:

Art. 23 O parágrafo único do artigo 18 da Resolução Normativa nº 195, de 2009 passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

"Art.18.....  
.....

(...).

III – de exclusão de contrato coletivo por adesão a pedido do beneficiário.

A fim de estabelecer penalidade pelo descumprimento das normas advindas da regulamentação proposta para a solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde a pedido do beneficiário, o artigo 24 da minuta ora proposta sugere a inserção na Resolução Normativa nº 124, de 2006 de disposição estabelecendo a imputação de sanção pela violação das regras fixadas para a solicitação de desligamento do contrato de plano de saúde, a pedido do beneficiário, nos termos abaixo:

Art. 24 A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

**“Cancelamento ou Exclusão do Contrato a Pedido de Beneficiário”**

Art.XXX Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato individual ou familiar, ou de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a pedido de beneficiário.

Sanção – multa de R\$ 30.000,00


Por fim, em resumo a todo o exposto, o grupo que se deteve no estudo deste tema conclui que a regulamentação ora proposta, objeto da minuta em questão, apresenta muitos benefícios para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde, uma vez que estabelece:

- **Regramento específico para solicitação de cancelamento/exclusão do plano de saúde em cada tipo de contratação;**
- **Esclarecimento da atuação dos entes envolvidos no processamento e na efetivação** do cancelamento ou exclusão do plano de saúde;
- **Obrigatoriedade de fornecimento de comprovante de solicitação** do cancelamento ou exclusão do plano de saúde, trazendo mais transparência ao pedido de cancelamento/exclusão do plano de saúde;
- **Obrigatoriedade de fornecimento pela operadora de comprovante do cancelamento/exclusão do contrato de plano de saúde;**
- **Maior previsibilidade na resposta à solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde** – fixação de prazo para a entrega do comprovante de cancelamento ou exclusão do contrato pela operadora.
- **Prazo para devolução pro-rata dos valores já adimplidos pelo consumidor** relativos ao período posterior ao cancelamento ou exclusão do plano de saúde;
- **Não inovação no prazo para cobranças de débitos** (coparticipação/mensalidade/utilização) – prazo já previsto na lei civil; e
- **Disponibilização de informação ao consumidor:**

- a) Divulgação de informações sobre as consequências do pedido de cancelamento ou exclusão do plano de saúde na página da ANS na internet e nos portais corporativos das Operadoras e Administradoras de benefícios;
- b) Elaboração de cartilha a ser divulgada na página da ANS para orientar o consumidor sobre o pedido de cancelamento ou exclusão do plano de saúde.


Por todo o exposto, encaminhamos para apreciação a proposta de Minuta de Resolução Normativa em anexo para regulamentar o cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde, a pedido do beneficiário.

À consideração superior,



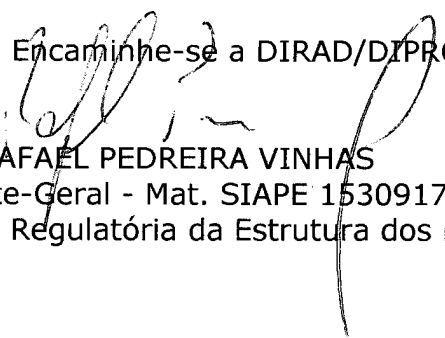
Cristiane Juliánelli Arruda  
Coordenadoria Regulatória de Acesso aos Produtos  
Gerência de Manutenção e Operação dos Produtos  
Mat. SIAPE nº 1512521

Em 07/02/2016. De acordo.



Fabricia Goltara Vasconcellos Faedrich  
Gerência de Manutenção e Operação de Produtos  
Mat. SIAPE nº 1512464

Em 02/02/2016. De acordo. Encaminhe-se a DIRAD/DIPRO



RAFAEL PEDREIRA VINHAS  
Gerente-Geral - Mat. SIAPE 1530917  
Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos

Em     /     /     . De acordo. Encaminhe-se a DICOL

**FLAVIA HARUMI RAMOS TANAKA**  
**DIRETORA-ADJUNTA**  
**DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS**

ca/ 

## RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº XX, DE XXX DE XXXXXXXXXXXX DE 201X

Dispõe sobre a solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a pedido do beneficiário.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o artigo 3º, os incisos II, XXXII e XXXVI do artigo 4º cumulados com o inciso II do artigo 10 todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e com a alínea “a” do inciso II do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

### **CAPÍTULO I** **DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Resolução regulamenta a solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a pedido do beneficiário.

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução considera-se:

I – beneficiário: pessoa física vinculada à operadora através de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

II – cancelamento do contrato de plano de saúde: rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;

III – exclusão de contrato individual ou familiar: exclusão de beneficiário dependente, a pedido do titular, de contrato individual ou familiar que continua vigente;

IV – exclusão do contrato coletivo empresarial ou por adesão: exclusão, a pedido, de beneficiário titular ou dependente de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua vigente.

Art. 3º A regulamentação de que trata o artigo 1º desta Resolução se aplica apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

## **CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **Seção I**

#### **Da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**

##### **Subseção I**

##### **Das Formas de Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**

Art. 4º O beneficiário poderá solicitar o cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar:

I – presencialmente na sede da Operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados; ou

II – por meio de acesso ao SAC da Operadora; ou

III – através da página da Operadora na internet.

§ 1º As Operadoras deverão disponibilizar os meios previstos neste artigo para a escolha dos beneficiários.

§ 2º As Operadoras que possuem o serviço de SAC estão obrigadas a receber as solicitações de que trata o inciso II deste artigo.

§ 3º As solicitações realizadas na forma prevista no inciso II deste artigo observarão as disposições previstas no Decreto nº 6523, de 31 de julho de 2008 e suas posteriores alterações.

§ 4º Para as solicitações a serem realizadas na forma prevista no inciso III deste artigo, a Operadora deverá disponibilizar um campo específico sobre cancelamento ou exclusão do plano de saúde em seu portal corporativo que permita a fácil visualização pelos beneficiários.

Art. 5º No ato da solicitação de cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar, a Operadora prestará as informações previstas no artigo 17 desta resolução.

Parágrafo único. Uma vez cientificado o beneficiário, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.

##### **Subseção II**

##### **Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Cancelamento ou Exclusão de Beneficiário de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar**

Art. 6º A Operadora dará ciência ao beneficiário do recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiário dependente do contrato de plano de saúde individual ou familiar através da entrega do respectivo comprovante.

§ 1º As solicitações realizadas de modo presencial serão comprovadas pela entrega imediata do respectivo comprovante.

§ 2º As solicitações realizadas pelo SAC serão comprovadas no contato telefônico pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário.

3º As solicitações realizadas através do acesso ao portal corporativo da Operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática ao beneficiário.

Art. 7º É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação ao beneficiário na forma do artigo anterior.

Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

## **Seção II**

### **Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Empresarial**

#### **Subseção I**

##### **Do Envio da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial**

Art. 8º O beneficiário titular poderá solicitar, por qualquer meio, à pessoa jurídica contratante a sua exclusão ou a de beneficiário dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

Art. 9º No ato do recebimento da solicitação da exclusão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial, encaminhado pela pessoa jurídica contratante, a Operadora prestará as informações previstas no artigo 17 desta resolução ao beneficiário.

Parágrafo único. Uma vez cientificado o beneficiário, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.

#### **Subseção II**

##### **Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial**

Art. 10 A Operadora dará ciência ao beneficiário titular do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo empresarial através da entrega do respectivo comprovante.

§ 1º O comprovante de solicitação de que trata o caput deste artigo poderá ser repassado ao beneficiário pela pessoa jurídica contratante.

§ 2º Como parte contratante, a Operadora deverá orientar à pessoa jurídica que aderiu ao contrato de plano de saúde a fornecer ao beneficiário um comprovante preliminar da solicitação de exclusão do beneficiário logo após o seu recebimento.

Art. 11 É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação de que trata o artigo anterior ao beneficiário.

Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

### **Seção III**

#### **Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Por Adesão**

##### **Subseção I**

##### **Dos Meios de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão**

Art. 12 O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:

I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde; ou

II – à Administradora de Benefícios, se participante do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora; ou

III – à Operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º As solicitações recebidas pelas entidades de que tratam os incisos I e II deste artigo serão encaminhadas à Operadora.

§ 2º Nas solicitações de que tratam os incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar qualquer uma das formas previstas no artigo 4º desta Resolução.

§ 3º As solicitações de que trata o inciso I e III deste artigo têm efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Operadora.

§ 4º As solicitações de que trata o inciso II deste artigo têm efeito imediato a partir da data do seu recebimento pela Administradora de Benefícios.

Art. 13 Uma vez cientificado o beneficiário, o cancelamento terá efeito imediato e caráter irrevogável.

Parágrafo único. O beneficiário será informado do disposto no caput deste artigo conforme estabelece o inciso IV do artigo 17 desta resolução normativa.

##### **Subseção II**

##### **Da Entrega do Comprovante de Recebimento de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão**



Art. 14 A Administradora de Benefícios ou a Operadora dará ciência ao beneficiário do recebimento da solicitação de exclusão do beneficiário de contrato coletivo por adesão através da entrega do respectivo comprovante.

Parágrafo único. Nas solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante, a Operadora encaminhará o comprovante ao beneficiário com as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

Art. 15 É obrigatória a entrega do comprovante de solicitação de que trata o artigo anterior ao beneficiário.

Parágrafo único. A entrega do comprovante de solicitação não desobriga a Operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 17 desta Resolução.

#### **Seção IV**

##### **Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento ou Exclusão de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

#### **Subseção I**

##### **Do Momento de Exercício do Direito de Cancelamento ou Exclusão de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

Art. 16 A solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão poderá ser encaminhada pelo beneficiário a qualquer tempo, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

§ 1º O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime o beneficiário do pagamento de multa, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses.

§ 2º É vedada a cobrança de multa ao beneficiário participante de contrato coletivo empresarial ou por adesão, pela Operadora ou Administradora de Benefícios, mesmo que ocorra antes da vigência mínima de 12 (doze) meses.

#### **Subseção II**

##### **Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde**

Art. 17 Ao beneficiário que solicitar o cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverão ser prestadas pelo representante da Operadora ou da Administradora de Benefícios, se participante do contrato, de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998.

II – O cancelamento ou a exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de contrato coletivo por adesão acarreta a perda do direito à portabilidade de carências, nos termos previstos na RN nº 186, de 2009.

III – O eventual ingresso em novo contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão poderá importar no preenchimento de nova declaração de saúde, e alegação de omissão de doença ou lesão preexistente – DLP, podendo incidir cobertura parcial temporária - CPT.

IV - A solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar e de exclusão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão tem efeito imediato a partir da ciência da Operadora ou Administradora de Benefícios e caráter irrevogável,

V – As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

VI - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta e serão objeto de cobrança futura pela Operadora;

VII – A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não implica na supressão automática dos beneficiários dependentes que optarem por permanecer no contrato com a assunção das obrigações correspondentes; e

VIII – A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à manutenção dos dependentes, em cumprimento ao disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

Art. 18 As informações de que trata o caput do artigo anterior devem:

I – ser disponibilizadas pelo atendente da Operadora ou Administradora de Benefícios no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através do SAC destas entidades, ou

II - constar do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde a ser fornecido pela Operadora ou Administradora de Benefícios, nos demais casos.

Art. 19 As informações de que trata o artigo 17 desta Resolução Normativa serão divulgadas pela ANS em sua página na internet e deverão ser disponibilizadas pelas Operadoras e Administradoras de Benefícios em seus portais corporativos em campo específico que permita a fácil visualização pelos beneficiários.

### **Subseção III**

#### **Da Entrega do Comprovante de Cancelamento ou Exclusão de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

Art. 20 A partir do envio do comprovante de solicitação de cancelamento ou exclusão, a Operadora deverá encaminhar no prazo de 10 (dez) dias úteis o comprovante do efetivo desligamento do beneficiário do contrato de plano de saúde.

#### **Subseção IV**

##### **Das Informações sobre os Valores Pendentes de Cobrança ou Devolução pela Operadora em Decorrente do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar ou de Exclusão de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão**

Art. 21 O comprovante do efetivo cancelamento ou exclusão de contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverá conter:

I – informações sobre cobranças de coparticipação pela utilização de serviços no período anterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde;

II – informações sobre a cobrança do boleto mensal correspondente ao período anterior à data de solicitação do cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde;

III – informações sobre eventuais cobranças de serviços realizados, inclusive nos casos de urgência ou emergência, após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano privado de assistência à saúde; e

IV – informações sobre o valor pro rata correspondente ao número de dias já quitados pelo beneficiário, que será devolvido pela Operadora, por se tratar de período posterior à data de solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato de plano privado de assistência à saúde.

V – a informação de que as cobranças de que tratam os incisos I, II e III deste artigo poderão ser feitas pela Operadora no prazo de 5 (cinco) anos da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde.

VI – a informação de que a devolução de que trata o inciso IV deste artigo deverá ser feita pela Operadora no prazo de 120 (cento e vinte) dias da data do efetivo cancelamento ou exclusão do beneficiário de contrato de plano de saúde.

Parágrafo único. A cobrança pela utilização de serviços realizados após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde de que trata o inciso III deste artigo poderá ser feita diretamente ao beneficiário.

#### **CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 22 As solicitações de exclusão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde disponibilizados pelas entidades de autogestão, que se enquadram no inciso I do artigo 2º da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, deverão seguir o disposto na Seção I do Capítulo II desta Resolução.

Art. 23 O parágrafo único do artigo 18 da Resolução Normativa nº 195, de 2009 passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

“Art.18.....

(...)

III – de exclusão de contrato coletivo por adesão a pedido do beneficiário.

Art. 24 A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

**“Cancelamento ou Exclusão do Contrato a Pedido de Beneficiário”**

Art.XXX Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato individual ou familiar, ou de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão, a pedido de beneficiário.

Sanção – multa de R\$ 30.000,00

Art. 25 Esta Resolução entra em vigor no dia \_\_\_\_de \_\_\_\_de 2016.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO  
Diretor-Presidente