PROCESSO Nº: 33910.050045/2025-88

DESPACHO Nº: 9/2026/GEMOP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

À DIRAD - DIPRO

ASSUNTO: Encaminhamento de relatório e solicitação de providências regulatórias sobre práticas abusivas das operadoras de saúde suplementar.
REFERÊNCIA: DESPACHO Nº: 2046/2025/GGATP/SECEX/PRESI (SEI 33955775); OFÍCIO S/Nº DATA 15-10-2025 - FENAPAR - FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE PACIENTES RE (SEI 33939855); PETIÇÃO COMPLEMENTAR (SEI 34549406) AO OFÍCIO S/Nº DATA 15-10-2025

Prezada Sra. Diretora Adjunta

Trata-se de petição e documentos encaminhados pela FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE PACIENTES RENAIS E TRANSPLANTADOS DO BRASIL – FENAPAR, requerendo "a apuração e adoção de providências regulatórias quanto a **práticas abusivas e estruturais de operadoras de planos de saúde** que vêm restringindo cobertura, reduzindo reembolso e transferindo custos indevidos ao Sistema Único de Saúde (SUS)" (SEI 33939855, fls. 1/56).

Neste sentido, a requerente relata no citado documento que as operadoras de planos privados de assistência à saúde vêm a) cancelando unilateralmente contratos de planos durante tratamento contínuo, “em flagrante violação ao artigo 13, parágrafo único, da Lei nº 9.656/98”; b) utilizando a coparticipação “como fator de exclusão”; c) modificando unilateralmente contratos no curso do tratamento para reduzir cobertura e reembolso; d) atrasando deliberadamente o pagamento de reembolso contratual e exigindo documentos excessivos para o exercício deste direito; e) negando a cobertura de procedimentos e de medicamentos, mesmo previstos no Rol; f) operando com rede credenciada insuficiente e descredenciamento, impacto diretamente na garantia de atendimento e no SUS; g) negando reiteradamente o transporte médico essencial, “mesmo em municípios sem prestador credenciado apto, inviabilizando o acesso físico ao tratamento contínuo”; h) praticando reajustes abusivos em planos coletivos e individuais; i) pressionando médicos e prestadores para seguir protocolos limitados; e j) criminalizando a precificação com base em tabelas oficiais, processos de “fraude” como mecanismo de redução de custo.

Além de informar sobre as práticas acima expostas por parte das operadoras, a requerente traz considerações no item “5 - LIVRE ESCOLHA E REEMBOLSO: NECESSIDADE DE POSITIVAÇÃO REGULATÓRIA PELA ANS”, relatando que na solicitação de reembolso tem ocorrido “a exigência de extratos bancários mesmo diante de documentação idônea, o questionamento da forma de pagamento escolhida pelo consumidor — seja cartão de crédito, parcelamento, financiamento ou terceiro pagador — e a presunção de fraude generalizada sobre todo aquele que

solicita reembolso.”. Neste cenário, a requerente relatou ainda que:

> “(...) operadoras vêm atrasando deliberadamente o pagamento de reembolsos, em flagrante descumprimento ao prazo de 30 dias, e impondo exigências documentais que extrapolam o razoável. Casos recorrentes registram que, mesmo diante de notas fiscais, relatórios médicos, prescrições e comprovantes de transferência bancária autenticados pelo Banco Central, algumas OPS — como no exemplo da SulAmérica — passaram a exigir extratos bancários completos, medida sem amparo normativo e que viola a privacidade financeira do beneficiário. Essa prática não apenas constrange o consumidor, mas dilata artificialmente o prazo de liquidação, funcionando como mecanismo de desestímulo e desistência” (SEI 33939855; fls. 51/56)

Em decorrência das dificuldades apresentadas acima para o exercício, pelos beneficiários, do direito de reembolso das despesas com a realização de coberturas em prestadores de serviço que não integram a rede do plano de saúde, a requerente informa que esse “quadro impõe à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a necessidade de positivar um entendimento regulatório claro e inequívoco sobre o reembolso contratual.” (SEI 33939855; fls. 52/56), no qual solicita que a ANS:

> “1. Reafirme o prazo máximo de 30 dias para a liquidação do reembolso, vedada a criação de exigências documentais não previstas (como extratos bancários completos) quando já houver documentação (nota fiscal, prescrição/relatório, comprovante de pagamento).
>
> 2. Explicite que o direito ao reembolso independe da origem dos recursos utilizados para a quitação da despesa assistencial (cartão de crédito, financiamento, empréstimo, parcelamento, terceiro pagador), bastando a comprovação do pagamento vinculado ao atendimento.
>
> 3. Determine a apresentação, pela Operadora de Planos de Saúde (OPS), da memória de cálculo detalhada do reembolso, acompanhada da discriminação de todos os itens assistenciais cobertos, em estrita observância à Instrução Normativa nº 28 da ANS.
>
> 4. Assegure mecanismos para pagamento direto ao prestador (quando tecnicamente indicado) nos casos de beneficiários crônicos já deslocados para o SUS mediante prescrição médica e documentação fiscal, como forma de repatriar o cuidado para a saúde suplementar e desonerar o SUS”
>
> (SEI 33939855; fls. 53/56)

Posteriormente, a requerente apresentou petição complementar (SEI 34549406) ao Ofício s/nº Data 15-10-2025 (SEI 33955775), na qual relatou, inicialmente, que as operadoras vem adotando as seguintes práticas no que tange ao reembolso de procedimentos utilizados fora da rede do plano de saúde:

> “A. **criação de códigos próprios e pacotes artificiais**, com redução indireta da cobertura e do reembolso;
>
> B. **exigências abusivas em reembolso**, inclusive devassa da vida financeira do consumidor;
>
> C. uso ampliado da tese do **“reembolso sem desembolso”** como pretexto para negar reembolsos, ajuizar ações ofensivas contra prestadores e **cancelar planos de beneficiários de alto custo.”**

Sobre a criação de códigos próprios e pacotes artificiais, expõe a requerente que (SEI 34549406, fls. 4-6/16):

1) a cobertura de determinado procedimento prevista no contrato abrange, necessariamente, todos os materiais, medicamentos, taxas e insumos indispensáveis à sua realização, cada qual com código TUSS próprio, conforme padronização da ANS. modelo que era seguido por diversas operadoras: "o médico prescrevia o tratamento e os insumos; o beneficiário era reembolsado pelo procedimento, materiais, medicamentos e taxas, com base em tabelas reconhecidas (SIMPRO, Brasíndice, etc.), em linha com a Lei nº 9.656/98 e com a RN nº 465/2021";

2) operadoras como SulAmérica, Bradesco Saúde e Seguros Unimed passaram a adotar um novo modelo, unilateral e abusivo, com as seguintes características: a) criação de **códigos internos próprios**, não reconhecidos pela ANS, em substituição a códigos TUSS, com descrições genéricas que mesclam procedimento, material e medicamento em um único item; b) agrupamento artificial de insumos, OPME, medicamentos e taxas em "**pacotes econômicos**", com valores globais muito abaixo do custo real do tratamento; e c) utilização desses pacotes como **critério de cobertura e de reembolso do beneficiário**, e não apenas como modelo de remuneração na relação operadora–prestador"

3) nos demonstrativos de cobertura e reembolso se observa a supressão completa de materiais e medicamentos, restando ao beneficiário a cobertura e consequente reembolso apenas de honorários médicos, como se os demais componentes do tratamento simplesmente não existissem.

4) o empacotamento "...burla o Rol e a TUSS, ao transformar códigos oficiais em meras referências internas; "esvazia a cobertura mínima obrigatória prevista na Lei nº 9.656/98 e na RN nº 465/2021"; "viola o dever de informação e transparência (CDC e IN ANS nº 28/2022); "configura alteração unilateral da cobertura, vedada tanto pelo CDC quanto pela regulação da ANS", e gera ganho financeiro imediato para as operadoras que reduzem o valor reembolsado em terapias contínuas e de alto custo; desestimulam a livre escolha de prestadores fora da rede verticalizada; e forçam pacientes a migrar para a rede própria ou, quando isso é inviável, a recorrer ao SUS.

Na solicitação de "**exigências abusivas em reembolso**, inclusive devassa da vida financeira do consumidor", relata a requente que as operadoras SulAmérica, Seguros Unimed e Bradesco Saúde "vêm adotando, de forma reiterada, as seguintes condutas:

a) eleger como "prova idônea" de desembolso apenas comprovantes bancários formais, **exigindo, além de recibos e notas fiscais, extratos completos de conta corrente e faturas de cartão de crédito como condição para analisar o pedido de reembolso**;

b) **questionar, em ações judiciais, o próprio desembolso com base em profissão, renda presumida e local de moradia do segurado**, insinuando que ele não teria "capacidade financeira" para arcar com despesas médicas, apesar da existência de documentação fiscal hábil;

c) **tratar o uso de cartão de crédito, financiamento, empréstimo ou terceiros pagadores como indício de "ausência de desembolso real** e

d) multiplicar exigências documentais sucessivas, com **pedidos de reapresentação de documentos já juntados, de forma a prorrogar indefinidamente o prazo de 30 dias** previsto em lei para análise e pagamento do reembolso.

Quanto à solicitação de exigências abusivas para o exercício do direito de reembolso, como as apresentadas acima, sustenta a requerente que:

1. trata-se de "uma estratégia estruturada: ao colocar sob suspeita o próprio pagamento, essas seguradoras criam o pretexto para negar o reembolso e, na sequência, cancelar o contrato, rotulando o beneficiário como "fraudador" e externalizando o custo de seu tratamento para a rede pública" (SEI 34549406, fls. 7/16);

2. tais exigências "não se limitam a dificultar o exercício do direito à livre escolha e reembolso, mas se traduzem, na prática, **em atrasos sistêmicos e deliberados** na análise e no pagamento de despesas assistenciais que, por lei, deveriam ser reembolsadas em até 30 dias" (SEI 34549406, fls. 9/16); e

3. levam os beneficiários que residem em municípios em que não há rede referenciada minimamente capaz de prestar o tratamento a desistir do reembolso, tendo, neste caso, que se deslocar para unidades credenciadas distantes ou continuar o tratamento no SUS.

A requerente explica ainda que a tese do **"reembolso sem desembolso"** passou a ser utilizada de forma ampliada para negar ressarcimentos, atacar prestadores e cancelar planos de beneficiários com alto volume de reembolsos (SEI 34549406, fls. 9/16), visto que operadoras como SulAmérica, Bradesco Saúde e Seguros Unimed passaram a: "• negar reembolso quando o beneficiário utiliza financiamento, cartão ou terceiros para custear o tratamento, equiparando operações de crédito lícitas à ausência de qualquer pagamento; • ajuizar ações para bloquear recebíveis sob acusação genérica de fraude, baseados na não concordância da Operadora com o meio de pagamento elegido pelo segurado ou, ainda, em casos mais graves, baseados na profissão e no local de residência do Segurado como indicador de incapacidade financeira para custear o tratamento do qual se pretende o reembolso; e • utilizar essas suspeitas como fundamento narrativo para rotular beneficiários como "fraudadores" ou "incompatíveis com a capacidade financeira declarada" e, assim, cancelar contratos, inclusive em massa".

Neste sentido sustenta a requerente que tais práticas violam o marco regulatório, pois confundem cessão de crédito sem pagamento (caso julgado pelo STJ) com situações em que há assunção de dívida real pelo beneficiário; ignoram que, uma vez comprovada a prestação do serviço e o pagamento ao prestador, a operadora não pode recusar o reembolso com base em juízo subjetivo sobre a forma de financiamento utilizada; e permitem que o simples uso de cartão de crédito ou financiamento seja tratado como indício suficiente de fraude, invertendo o ônus da prova e criminalizando a própria condição econômica do consumidor.

Em continuidade, a requerente relata que:

1 - houve "crescimento expressivo de cancelamentos unilaterais de planos, sobretudo coletivos, muitas vezes justificados por (i) suposta "alta sinistralidade"; (ii) "uso anômalo de reembolso"; (iii) suspeitas genéricas de fraude, não comprovadas" (SEI 34549406, fls. 10/16); e

2 - essas condutas – empacotamento, negativa de reembolso, cancelamento e judicialização ofensiva – produzem: "endividamento das famílias, que passam a contrair empréstimos para manter tratamentos vitais"; "interrupção de terapias essenciais, como hemodiálise, quimioterapia e imunoterapia;" "migração compulsória para o SUS, que passa a absorver pacientes expulsos da saúde

suplementar, como se fosse “convênio oculto” das operadoras;” “aumento expressivo da judicialização, com mais de 80% de vitórias dos beneficiários em ações de cancelamento, negativa de cobertura e reembolso, conforme levantamento jurimétrico.”, configurando um **padrão de conduta** por parte dessas operadoras, “o que exige resposta coordenada da ANS: norma clara e fiscalização temática.”

Por fim, foi solicitado no documento em questão (SEI 34549406; fls. 13-14/16) que a ANS, por intermédio de sua Diretoria Colegiada:

> 1. Emita orientação pública consolidada – sob a forma de Nota Técnica, FAQ oficial, Entendimento DIFIS ou documento correlato, adotando as seguintes providências:
>
> a. Vedação expressa ao uso de códigos próprios e de pacotes/agrupamentos artificiais como critério de cobertura assistencial quando resultem em substituição, supressão ou esvaziamento de itens TUSS/Rol, incluindo: i. criação de codificações proprietárias em substituição à TUSS; ii. agrupamento genérico de procedimentos, insumos, OPME, medicamentos e taxas sob um único código sem identificação TUSS individual; iii. utilização de “pacotes econômicos” para limitar a cobertura e o reembolso dos beneficiários.
>
> b. Adoção, como referência, do conteúdo da minuta de documento técnico da FENAPAR “Alteração unilateral da cobertura e redução indevida do reembolso”, seja como Nota Técnica, Entendimento ou documento correlato a ser divulgado pela Agência.
>
> c. Afirmação inequívoca de que o reembolso assistencial se aperfeiçoa com a comprovação do pagamento da despesa assistencial, sendo irrelevante a origem dos recursos (salário, empréstimo, financiamento, cartão, ou terceiro pagador).
>
> d. Proibição, como regra geral, da exigência de “prova de capacidade financeira”, extratos bancários integrais, contratos de empréstimo, comprovantes de origem de recursos ou documentos similares como condição para análise ou pagamento de reembolso.
>
> e. Estabelecimento de que suspeitas específicas de fraude ou lavagem de dinheiro sejam apuradas em procedimento próprio de PLD/FT, nos termos da RN nº 529/2022, sem suspensão do direito assistencial nem do prazo máximo de 30 dias para análise e pagamento do reembolso.
>
> f. Utilização, como base conceitual, da minuta de Nota Técnica de Reembolso Assistencial elaborada pela FENAPAR, a ser acolhida, no todo ou em parte, como Nota Técnica, Entendimento DIFIS ou instrumento correlato.”

Além das solicitações acima apresentadas, a requerente requereu por meio do referido documento (SEI 34549406; fls. 14/16) que:

> “a ANS determine às operadoras do GRUPO SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, GRUPO BRADESCO SAÚDE S.A.; SEGUROS UNIMED, NOTREDAME, OMINT e PORTO SEGURO que cessem imediatamente e se abstenham de praticar:
>
> a. a criação e utilização de códigos próprios e pacotes/agrupamentos artificiais como critério de cobertura assistencial e de reembolso, em substituição ou esvaziamento de itens TUSS/Rol;
>
> b. a exigência de documentos relativos à “origem dos recursos” ou à “capacidade financeira” dos beneficiários como condição para análise ou pagamento de reembolso;
>
> c. a negativa de reembolso sob o argumento de “reembolso sem desembolso” quando comprovada a prestação do serviço e o pagamento ou assunção

regular da dívida pelo beneficiário; e

d. o cancelamento unilateral de contratos, individualmente ou em massa, com fundamento nessas alegações genéricas, sob pena de instauração e condução de processos administrativos sancionadores específicos, com aplicação das penalidades previstas na RN nº 489/2022 e normas correlatas"

Diante de todas as considerações apresentadas pela requerente, primeiramente por meio do Ofício s/nº Data 15-10-2025 - FENAPAR - Federação Nacional das Associações de Pacientes Re (SEI 33939855) e, posteriormente, por meio da petição complementar (SEI 34549406) ao documento em questão (SEI 33939855) e, tendo em vista as atribuições regimentais desta GEMOP/GGREP/DIPRO, no que tange ao **cancelamento unilateral de planos durante tratamento contínuo** abordado no Ofício s/nº Data 15-10-2025 - FENAPAR - Federação Nacional das Associações de Pacientes Re (SEI 33939855), impõe a esta área técnica trazer esclarecimentos sobre os aspectos disciplinados pela regulamentação setorial da saúde suplementar inerentes à extinção do vínculo contratual de beneficiário de plano de saúde por iniciativa da operadora.

Das Regras de Rescisão dos Contratos Individuais ou Familiares

Quanto à **rescisão ou cancelamento de contrato individual ou familiar**, o art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/98 estabelece que a operadora tem a faculdade de rescindir estes contratos somente nos casos de fraude ou inadimplência por mais de 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o contratante seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, e não pode rescindir o contrato durante a internação do titular nos seguintes termos:

Lei nº 9656/98:

"Art. 13. (...)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, **contratados individualmente**, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...);

II - **a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o qüinquagésimo dia de inadimplência**; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001);

III - **a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.** (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)"

Conforme exposto acima, vê-se que as regras estabelecidas no parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98 se aplicam aos contratos de planos individuais ou familiares (art. 16, VII, "a", da Lei nº 9656/98), que somente podem ser rescindidos pela operadora nos casos de fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o qüinquagésimo dia de inadimplência.

Cabe salientar que a Lei nº 9.656/98 buscou proteger ainda o

contratante (beneficiário titular) de plano individual ou familiar ao estabelecer a vedação de suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular, o que foi estendido pela ANS por meio da Súmula nº 28/2015 (item 6) aos beneficiários dependentes, nos seguintes termos:

> **SÚMULA NORMATIVA Nº 28, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2015:**
>
> "6. **É vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente, no caso de plano privado de assistência à saúde de contratação individual ou familiar**". (grifamos)

> Impõe informar que **tal vedação foi estendida aos planos de saúde contratados por pessoa natural e aos beneficiários de planos coletivos que pagam a mensalidade diretamente à operadora ou à administradora de benefícios** conforme determina o *caput* do art. 15 da RN ANS nº 593/2023, que entrou em vigor no dia 1º de fevereiro de 2025, nos seguintes termos:
>
> **RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 593, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2023**
>
> "Art. 15 Durante a internação de qualquer beneficiário, titular ou dependente, de plano privado de assistência à saúde que possua cobertura assistencial hospitalar, é vedada, por qualquer motivo, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato da pessoa natural contratante por iniciativa da operadora ou a exclusão do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora.
>
> (...)"

Conforme acima exposto, nos planos de saúde contratados por pessoa natural e nos planos coletivos em que os beneficiários pagam a mensalidade diretamente à operadora ou à administradora de benefícios **é vedada, por qualquer motivo, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato durante a internação de qualquer beneficiário, seja ele titular ou dependente.**

Das Regras de Rescisão de Contrato Coletivo e Exclusão de Beneficiário

De modo diverso que nos planos individuais ou familiares, nos planos coletivos, pode haver duas situações para cancelamento do vínculo do beneficiário com o plano de saúde: a exclusão pontual de um beneficiário ou a rescisão do contrato entre as pessoas jurídicas (a empresa contratante e a operadora) a pedido de uma ou outra parte.

Desta forma, **não sendo solicitado o cancelamento do plano a pedido do próprio consumidor**, a operadora pode excluir o beneficiário **somente** em caso de:

a) fraude;

b) perda de vínculo de titularidade (com a pessoa jurídica contratante) ou de dependência, se estas condições para a exclusão dos beneficiários estiverem previstas no contrato, ou

c) por inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora.

Vale ressaltar que, à exceção dessas três hipóteses, a responsabilidade da exclusão do beneficiário de plano de saúde é sempre da pessoa jurídica contratante a qual ele está vinculado, como informa a regulamentação setorial nos termos abaixo:

> **RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022**
>
> "Subseção III Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos
>
> Art. 24. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde coletivos.
>
> Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
>
> I - fraude; ou
>
> II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5° e 15 desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656, de 1998; ou
>
> III - a pedido do beneficiário.
>
> IV - por inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora. (Incluído pela RN nº 617, de 18/10/2024)"

Importa destacar que **a Súmula nº 27/2015 estabelece a vedação à prática de seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde na contratação ou exclusão de beneficiários** de plano de saúde, independentemente do tipo de contratação:

> **"SÚMULA NORMATIVA Nº 27, DE 10 DE JUNHO DE 2015**
>
> A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos XXIV, XXIX, XXXVI e XXXVII, 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 no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009.
>
> Considerando a existência de reclamações dos consumidores sobre comportamento de seleção de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
>
> Considerando que o art. 14 da lei 9.656, de 3 de junho de 1998, veda que as operadoras de planos privados de assistência à saúde impeçam o ingresso de beneficiários em razão da idade ou por serem portadores de deficiência;
>
> Considerando os mecanismos previstos em lei para mitigação de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, permitindo-se, quando for o caso, apenas a aplicação de carência, cobertura parcial temporária – CPT e agravo; e
>
> Considerando que é vedada a não concretização da proposta de contratação de plano de saúde em virtude de seleção de risco em qualquer tipo de contratação;
>
> Resolve adotar o seguinte entendimento:
>
> **É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de**

> **saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde.**
>
> **Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros.**
>
> **A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários.”**
>
> (grifamos)

Nos contratos firmados por pessoas jurídicas, após o prazo de vigência inicial do contrato coletivo, **a rescisão contratual imotivada pode ocorrer, devendo ser sempre precedida de notificação**, observando-se as disposições contratuais, que estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor. **Somente poderá ser exigida a notificação prévia com 60 dias de antecedência da parte que foi comunicada da rescisão, por exemplo, se estiver disposto no contrato**. Ressaltamos que **esse prazo é para a pessoa jurídica contratante ou para a operadora que solicita a rescisão do contrato**, não se aplicando aos beneficiários que desejem sair do plano.

As condições para a rescisão de contrato de plano de saúde coletivo (empresarial ou por adesão) firmado por pessoa jurídica devem estar previstas neste instrumento jurídico, conforme estabelece o art. 23 da RN ANS nº 557/2022 que assim dispõe:

> **RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022**
>
> **“Da Rescisão ou Suspensão**
>
> Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.”

Desta forma, **a rescisão de um contrato coletivo alcança todos os beneficiários que participam do contrato**.

Nos contratos coletivos, é possível a cobrança de multa da parte contratante (pessoa jurídica ou empresário individual), **se prevista em contrato**, nos casos de rescisão imotivada, a qual poderá ser cobrada da parte que solicitar a rescisão (contratante ou operadora) antes de completada a vigência mínima do contrato. No entanto, tal rescisão poderá ocorrer, sem a cobrança de multa, se motivada por uma das causas previstas no contrato.

N o s contratos coletivos empresariais celebrados por empresário individual, a rescisão pode ser solicitada:

a) pelo empresário individual contratante, hipótese em que pode ser exigido o aviso prévio e cobrança de multa ao contratante, se previsto em contrato (art. 23 da RN ANS nº 557/2022); ou

b) pela operadora, e neste caso: 1) não sendo hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência**, o contrato somente poderá ser rescindido na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias**, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação, e 2) no caso de inadimplência, **o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação**

(art. 14 da RN ANS nº 557/2022), abaixo transcrito:

> **RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022**
>
> **"Subseção V Da Contratação de Plano Coletivo Empresarial por Empresário Individual**
>
> Art. 14. **À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência**, **o contrato** de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do artigo 9º desta resolução, **somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação**.
>
> Parágrafo único. Na hipótese de inadimplência, **o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação**." (grifamos)

Importante destacar que, **se houver rescisão do contrato de plano coletivo (por qualquer motivo) e existir algum beneficiário (titular ou dependente) em internação, a operadora de origem deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar,** momento a partir do qual o beneficiário **poderá exercer seu direito à portabilidade de carências** (troca de plano sem cumprimento de novas carências ou de cobertura parcial temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes) para plano da mesma ou de outra operadora (art. 5º, parágrafo único, da RN nº 438/2018). Da mesma maneira, **os procedimentos autorizados na vigência do contrato deverão ser cobertos pela operadora, uma vez que foram solicitados quando o vínculo do beneficiário com o plano ainda estava ativo.**

Da Notificação do Beneficiário por Inadimplência

Neste sentido, importa dizer que nos casos de inadimplência do beneficiário que paga diretamente à operadora (contrato individuais ou familiares ou coletivos empresariais contratados por empresários individuais ou nos contratos coletivos firmados por pessoas jurídicas quando o pagamento é realizado diretamente à operadora ou administradora de benefícios), para que haja **a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por inadimplência**, **deve haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não e a operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento** como pré-requisito para a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, motivada por inadimplência.

A favor do beneficiário, os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de exclusão do beneficiário ou rescisão do contrato.

Para que haja **a suspensão da cobertura assistencial por motivo de inadimplência do beneficiário deve haver previsão expressa em contrato das condições em que a suspensão poderá ocorrer** (IN 28, Anexo I, Tema XVII,

e RN ANS nº 593/2023, art. 3º, IX), podendo a suspensão da cobertura assistencial pela operadora ocorrer somente ao longo do período de inadimplência, de todos os beneficiários vinculados ao contrato ou somente do beneficiário, titular ou dependente, que está inadimplente, caso haja pagamento individualizado (RN ANS nº 593/2023, art. 3º, IX).

Importa destacar que a operadora deverá realizar a notificação por inadimplência toda vez que houver a possibilidade de suspensão do contrato por motivo de inadimplência (RN ANS nº 593/2023, art.7º). **A ausência de comprovação inequívoca da notificação do beneficiário por inadimplência invalida o ato de suspensão do contrato pela operadora (RN ANS nº 593/2023, art.5º, §1º).**

Outra medida protetiva ao beneficiário estabelecida pela RN ANS nº 593/2023 foi que **o período de inadimplência não será considerado válido para fins de exclusão do beneficiário ou suspensão ou rescisão unilateral do contrato quando a operadora der causa ao atraso**, seja pela não disponibilização do boleto de pagamento válido, seja deixando de proceder o desconto em folha ou em débito em conta corrente, em desacordo com o contrato, devendo sempre comprovar que tomou todas as medidas necessárias para possibilitar o pagamento da mensalidade pelo beneficiário.

Conforme estabelece a RN ANS nº 593/2023, a notificação por inadimplência poderá ser realizada por correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura; mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, que somente será válida se o destinatário responder a notificação confirmando a sua ciência; ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor; carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

Somente depois de esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios acima expostos, que estejam disponíveis no cadastro de cada beneficiário, a operadora poderá excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, desde que comprove que tentou notificar por todos esses meios.

A RN ANS nº 593/2023 estabeleceu ainda que **é vedada**, **por qualquer motivo, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato** da pessoa natural contratante por iniciativa da operadora ou a exclusão do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora, **durante a internação de qualquer beneficiário, titular ou dependente, de plano privado de assistência à saúde que possua cobertura assistencial hospitalar, sendo autorizado à operadora notificá-lo por inadimplência para que pague o débito somente após a alta hospitalar**.

Ainda que a RN ANS nº 593/2023 não tenha trazido regras específicas para a rescisão contratual de planos coletivos, tal normativo endureceu as regras para o cancelamento destes contratos.

A ANS elaborou um documento com perguntas e respostas sobre a RN ANS nº 593/2023 (https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp88/Perguntas_Frequentes_FAQ__RN_593.pdf), e foi publicada uma **cartilha** com orientações em linguagem acessível para divulgação das novas regras do normativo aos consumidores que pode ser acessada por meio do link

https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/Cartilha_Notificao_por_Inadimplncia_rev11.pdf

Esta e outras informações estão disponibilizadas na página sobre Notificação por Inadimplência do Beneficiário onde estão divulgadas as novas regras estabelecidas por este normativo no portal da ANS (https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/notificacao-por-inadimplencia-do-beneficiario).

Do Entendimento Sobre o Beneficiário Que Se Encontra Em Internação Hospitalar Quando da Rescisão do Contrato Coletivo

A Lei nº 9.656/98 veda a rescisão unilateral dos planos individuais ou familiares durante a internação do titular, mesmo em casos de fraude ou não pagamento da mensalidade. Com a publicação da Súmula Normativa nº 28/2015, esse direito foi estendido também ao beneficiário dependente, deixando claro o posicionamento da ANS de que não pode haver interrupção, sob qualquer hipótese, do atendimento pela operadora à internação hospitalar de beneficiários, titular ou dependente, mas manteve a restrição aos planos individuais ou familiares.

As normas em vigor editadas pela ANS dispõem que as regras de suspensão de cobertura e de rescisão do contrato de planos coletivos devem estar previstas no instrumento particular celebrado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de planos de saúde.

O legislador e o órgão regulador adotaram medidas para proteger o beneficiário que contrata individualmente um plano de saúde para si e sua família, pois entendeu que esses contratantes possuem pouco poder de barganha junto às operadoras. No entanto, todo beneficiário, independentemente do tipo de contratação do seu plano, é vulnerável e hipossuficiente perante as operadoras.

No entanto, a internação hospitalar, assim como todos os procedimentos de assistência à saúde, é afeta ao indivíduo, própria de uma pessoa física. Por esse motivo, uma vez que a relação entre beneficiário e operadora de planos de saúde não é isonômica, há que se considerar que o beneficiário de plano coletivo que está em internação hospitalar não deve ser prejudicado pela rescisão contratual acordada entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

Considerando que as internações devem ser previamente autorizadas pela operadora de planos de saúde, é razoável defender que a responsabilidade pelo seu pagamento deve ser imputada à operadora que os autorizou.

Além disso, em qualquer tipo de contratação de plano de saúde, o contratante tem o dever do pagamento da mensalidade e a operadora de planos de saúde, por sua vez, tem o dever de cobrir o risco (evento futuro e incerto) assegurado, isto é, custear as despesas assistenciais e/ou reembolso quando o risco se concretiza.

Uma vez que o pagamento das despesas resultantes da cobertura assistencial do beneficiário está ligado à duração do procedimento e não à vigência do contrato, quando o contrato do plano de saúde coletivo é rescindido, a internação hospitalar em curso deve ser integralmente coberta pela operadora que a autorizou.

Há que se notar, ainda, que o artigo 1º da Lei nº 9656/98, é bastante esclarecedor quando define plano de saúde como a prestação continuada de cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado e sem limite financeiro,

com a finalidade de garantir a assistência à saúde.

Por isso, pode-se concluir que as operadoras devem cobrir as internações hospitalares, sem qualquer limite financeiro, ocorridas na vigência do contrato, por prazo indeterminado, até que as despesas assistenciais decorrentes desses eventos terminem.

Se a operadora pudesse interromper o custeio de um procedimento com a simples resilição contratual, ela estaria fixando um limite financeiro à cobertura assistencial, o que é expressamente vedado pela Lei.

Nessa linha de raciocínio, pode-se afirmar que **a operadora de planos de saúde deve cobrir, mesmo após a rescisão do contrato coletivo, todas as despesas decorrentes da internação do beneficiário em curso até a alta médica.**

Se houver intercorrências durante a internação hospitalar que foi iniciada antes da rescisão do contrato, a cobertura assistencial das intercorrências, inclusive as consultas decorrentes,deveser custeada pela operadora até que ocorra a altamédica. Contudo, não será obrigatória a cobertura de uma consulta de retorno pós-cirúrgico após a alta e depois que o contrato foi rescindido.

Entende-se, portanto, que a operadora à qual o beneficiário internado estava vinculado antes da rescisão do contrato é responsável pela prestação ininterrupta da assistência, independentemente do tipo de contratação do plano de saúde, mesmo que este beneficiário passe a se vincular a outra operadora.

Diante dos fundamentos aqui expostos, e considerando ainda os Princípios da Razoabilidade e da Dignidade da Pessoa Humana dispostos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a ANS sustenta o entendimento de que a operadora, mesmo após a rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário do plano (salvo na hipótese de pedido do próprio beneficiário), tem a obrigatoriedade de pagamento da internação em curso até a alta hospitalar.

No julgamento do Tema 1082, decidiu o STJ:

> "*A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida*".

Esta Agência Reguladora possui o entendimento de que a operadora deve cumprir o precedente qualificado do STJ, vinculado à tese firmada no tema 1082, com a ressalva de que o consumidor que teve o contrato coletivo rescindido e que está internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física **não deve arcar com mensalidade do plano de saúde,** haja vista que não há mais vínculo contratual com o plano, **não há que se falar em pagamento de mensalidade para um contrato rescindido, devendo ser garantida pela operadora a continuidade da cobertura iniciada na vigência do contrato.**

Vale observar que a ANS não editou uma norma específica sobre este tema, há somente a interpretação das normas existentes que levam ao ora apresentado entendimento.

Do Direito de Portabilidade de Carências

Ressalta-se que, quando o beneficiário vinculado a plano coletivo é excluído do seu plano de saúde ou tem o seu contrato rescindido, ele tem o direito de realizar a portabilidade de carências, ou seja, contratar um novo plano sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes (art. 8º da RN nº 438/2018).

Para tanto, **os beneficiários devem ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário,** indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo de 60 dias para exercício do direito (art. 8º, § 1º da RN nº 438/2018).

Impende informar que **na rescisão de contrato coletivo e demais hipóteses previstas no art. 8º da RN nº 438/2018, a portabilidade é mais benéfica aos beneficiários por não se exigir os requisitos de vínculo ativo (o beneficiário pode não estar mais vinculado ao plano de saúde), de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço** previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3° da citada resolução. Portanto, **os beneficiários que se enquadram nessa hipótese podem realizar a portabilidade de carências para qualquer plano disponível no mercado**.

Informações sobre a portabilidade de carências podem ser visualizadas na página institucional da ANS na internet, por meio do link: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/orientacoes-sobre-troca-ou-ingresso-em-planos-de-saude-sem-cumprimento-de-carencias-1/portabilidade-de-carencias

A ANS disponibiliza também uma cartilha com informações sobre o exercício da Portabilidade de Carências que pode ser consultada no endereço eletrônico: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf.Para auxiliar na busca por um novo plano de saúde, a Agência disponibiliza em seu portal o Guia ANS de Planos de Saúde, por meio do qual os consumidores podem pesquisar e selecionar um plano de saúde antes de realizar a adesão/contratação na operadora do plano. A ANS disponibiliza, ainda, um tutorial de como utilizar o Guia de Planos: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/guia-ans-de-planos-de-saude/ajuda.

Quanto aos apontamentos trazidos pela requerente no Ofício s/nº Data 15-10-2025 (SEI 33939855) e na petição complementar (SEI 34549406) ao documento em questão (SEI 33955775) sobre o tema **reembolso de procedimentos realizados em prestadores de serviços que não integram a rede do plano contratado**, esta área técnica vem, em conjunto, expor o que se segue.

Da regulamentação vigente sobre reembolso

O reembolso é a restituição das despesas relacionadas a cuidados médicos, como consultas, exames e outros procedimentos, que **foram realizadas**

pelo beneficiário junto a um prestador de serviços.

Impõe informar que antes de solicitar o reembolso, o consumidor deve verificar se o contrato de plano de saúde lhe dá o direito a realizar atendimentos em prestadores de serviço não integrantes da rede assistencial do plano contratado.

Importante destacar que **o reembolso de qualquer serviço ou procedimento cuja cobertura esteja prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS deverá observar as seguintes regras:**

Nos casos de urgência e emergência, a Lei nº 9.656/98 (art. 12, VI) estabelece que o reembolso será obrigatório, nos limites das obrigações contratuais, **das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde**, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

Já no caso de inexistência ou indisponibilidade do prestador, as normas da ANS dispõem que, **caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte (art. 10 da RN ANS nº 566/2022).**

Além disso, a ANS ainda prevê as seguintes regras para o reembolso:

1. Plano com atendimento exclusivamente na rede própria ou contratualizada, ou seja, sem opção de reembolso - a operadora deve disponibilizar os serviços por meio dos prestadores integrantes da rede e se responsabilizar pelo pagamento do procedimento, incluindo os honorários de toda equipe, diretamente aos prestadores. **Caso o beneficiário opte por realizar procedimentos de forma particular, a operadora não é obrigada a reembolsá-lo**.

2. Plano com atendimento exclusivamente por livre escolha de prestadores, ou seja, sem opção de acesso a rede própria ou contratualizada - o beneficiário escolhe o prestador de sua preferência e **a operadora realiza o reembolso da despesa ao beneficiário de acordo com a previsão contratual, respeitada a tabela de reembolso**.

3. Plano com atendimento na rede própria ou contratualizada e acesso à livre escolha de prestadores - o beneficiário poderá ser atendido tanto na rede própria ou contratualizada, observadas as regras descritas no item 1, quanto por livre escolha, observadas as regras do item 2. No uso do acesso a livre escolha, o valor reembolsado deverá ser, no mínimo, aquele que a operadora de planos de saúde pagaria à rede credenciada, se ela tivesse sido utilizada pelo beneficiário.

Importa destacar que o reembolso pela operadora das despesas realizadas pelo beneficiário **somente é obrigatório: a) nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos prestadores de serviço integrantes da rede assistencial do plano de saúde e b) nos casos de inexistência ou indisponibilidade do Prestador** existente na rede do plano contratado. Fora destas hipóteses, as despesas com a utilização de serviços em prestadores não existentes na rede do plano de saúde somente poderão ser reembolsadas pela operadora se no contrato estiver prevista a possibilidade de realização de atendimentos em estabelecimentos de saúde não integrantes da rede do plano de saúde.

Nos casos em que o plano de saúde permite o acesso à livre escolha de

prestadores em determinadas coberturas, a operadora de planos de saúde deverá reembolsar os valores dispendidos por beneficiário que optar por profissional não integrante da rede prestadora, de acordo com o que estiver previsto em contrato. Importa destacar que o contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde deve conter dispositivos sobre o reembolso, conforme estabelece o Tema IX - ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde (Anexo I, da IN ANS nº 28, 2022), que assim dispõe:

> **INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 28, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022**
>
> Anexo I
>
> "Tema IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES
>
> Os contratos de planos de saúde que permitem acesso a livre escolha de prestadores devem:
>
> A) Indicar as coberturas que o beneficiário poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada, conforme cadastrado na ANS.
>
> B) Conter cláusula clara com todas as informações necessárias para que o próprio beneficiário possa calcular o quanto receberá de reembolso. Desse modo, a operadora deve trazer, conforme o caso, fórmula, juntamente com as descrições de seus componentes, tais como: múltiplo de reembolso, unidade de reembolso, textos explicativos a respeito do modo de efetivação do cálculo, etc.
>
> C) A tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso deve ser amplamente divulgada pela operadora, para tanto deverá indicar no contrato:
>
> 1. além do registro em cartório, pelo menos mais dois meios de divulgação da tabela, dentre os seguintes: acesso à tabela no sítio da operadora na internet; disponibilização da tabela na sede da contratante em planos coletivos, para consulta dos beneficiários; disponibilização da tabela na sede da operadora ou local de atendimento presencial, para consulta dos beneficiários;
>
> 2. os meios de esclarecimento desta tabela, por exemplo, através de atendimento por telefone ao beneficiário;
>
> 3. para melhor compreensão dos beneficiários, a operadora poderá, ainda, estabelecer em seu contrato uma tabela exemplificativa com os valores dos procedimentos mais utilizados.
>
> D) Dispor que o valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada (inciso IX do art. 2º da Resolução CONSU nº 08/98).
>
> E) Estipular prazo de reembolso, observando o prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada (aplicação por analogia do inciso VI do art. 12 da Lei nº 9.656/98).
>
> F) Informar como ocorrem os reajustes dos valores de reembolso ou da unidade de serviço, conforme o tipo de tabela utilizado pela operadora.
>
> G) É vedado o reembolso diferenciado por prestador, uma vez que tal prática restringe a livre escolha de prestadores."

Conforme acima exposto, o item "E" estabelece que a operadora deve reembolsar o beneficiário no prazo de 30 dias **após a entrega da documentação adequada**, em analogia à disposição prevista no art. 12, VI da Lei nº 9.656/98 que estabelece o reembolso obrigatório das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde nos casos de urgência e emergência quando não for possível a

utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras:

> **LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.**
>
> "Art. 12 (...)
>
> VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias **após a entrega da documentação adequada**; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)" (grifamos)

Desta forma, verifica-se que não foi estabelecido pela Lei 9.656/98 e pelas normas da ANS quais documentos que as operadoras podem exigir que os beneficiários apresentem na solicitação de reembolso de procedimentos realizados em prestadores não credenciados ao plano de saúde.

Neste sentido, importa dizer que **o entendimento da Agência sobre reembolso, que foi aprovado na 599ª Reunião Colegiada da ANS realizada no dia 18/12/2023** (https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/documentos-tecnicos-da-ans/Entendimento_Reembolso.pdf) estabelece no item 1 que "a operadora poderá exigir que o pedido de reembolso seja instruído com **qualquer documento hábil e idôneo que comprove a efetiva ocorrência da despesa do procedimento executado pelo beneficiário, inclusive a data em que foi realizado, já que o reembolso pressupõe que haja o prévio desembolso pelo titular do direito**".

Sendo assim, conforme estabelece a legislação vigente, a operadora poderá exigir que o pedido de reembolso seja instruído **com qualquer documento hábil e idôneo que comprove o efetivo pagamento da despesa do procedimento executado**, inclusive a data em que foi realizado, já que o reembolso pela operadora se refere apenas às despesas efetuadas pelo beneficiário. É recomendada a apresentação da **nota fiscal** relativa ao(s) procedimento(s) realizado(s) no prestador. O **recibo** fornecido pelo prestador do serviço também é considerado um comprovante de pagamento, pois ele atesta que o pagamento foi realizado e recebido. De todo modo, **deve estar expressamente previsto no contrato do plano de saúde qual é o documento exigido pela operadora para o pagamento do reembolso**.

Impõe informar ainda que as operadoras **não podem** exigir que o prestador tenha registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), impõe observar que não foi estabelecida pela Diretoria Colegiada que a operadora pode exigir, para fins de atendimento à solicitação de reembolso, que o estabelecimento conste do CNES, **cabendo à operadora exigir apenas um comprovante que demonstre a realização da despesa pelo beneficiário**.

Portanto, desde que observadas pelas operadoras as regras acima expostas que asseguram o reembolso de despesas com a assistência à saúde realizadas em prestadores não integrantes da rede do plano de saúde, para o atendimento à solicitação de reembolso, basta que o beneficiário apresente um comprovante de pagamento do serviço (como nota fiscal recibo ou outro documento

que possa comprovar o seu desembolso) juntamente com os demais documentos previstos no contrato para este fim.

Tendo em vista que os contratos privados de assistência à saúde estão sujeitos às regras protetivas estabelecidas no Código de Defesa do Consumidor (art. 1º c.c art. 35 – G da Lei nº 9.656/98 c.c Tema I, Anexo I da IN ANS nº 28/2022) o qual estabelece que é direito do consumidor receber informação clara de adequada sobre o produto ou serviço contratado e estar protegido contra práticas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços e que o reembolso é obrigação atribuída à operadora que está prevista no contrato (Tema XIX, do Anexo I da IN ANS nº 28/2022), **as operadoras devem informar de forma clara e adequada a documentação a ser apresentada pelo beneficiário na solicitação de reembolso** de procedimentos realizados em prestadores não credenciados ao plano de saúde, **sendo vedadas práticas abusivas ou impostas pelas operadoras no fornecimento de produtos e serviços, inclusive no atendimento ao pedido de reembolso**, em cumprimento às regras estabelecidas nos incisos III e IV do art. 6º, da Lei nº 8078/90.

Neste sentido, impõe informar que, no entendimento desta área técnica, a operadora não pode exigir a apresentação de extratos bancários para comprovar o desembolso do beneficiário. Neste sentido, conforme apontado pela requerente, a exigência de extratos bancários "viola a privacidade financeira do beneficiário e cria barreira artificial para o exercício de um direito contratual, dilatando indevidamente o prazo de 30 dias estabelecido pela Instrução Normativa nº 28/2009 da ANS para pagamento de reembolso" (SEI 33939855; fls. 22 e 51/56)

Da mesma forma, entende esta área técnica que as operadoras não podem questionar a forma de pagamento do procedimento escolhida pelo beneficiário junto ao prestador de serviço que o realizou, seja ela cartão de crédito, parcelamento, financiamento ou terceiros para custear o tratamento, assim como não pode ser negado o atendimento ao pedido de reembolso por parte da operadora caso o beneficiário tenha se utilizado de um empréstimo para o pagamento do seu tratamento à saúde, **não importando para a garantia à cobertura solicitada de que forma o beneficiário obteve recursos para o pagamento dos serviços**.

Tendo em vista que o contrato de plano de saúde deve obedecer às disposições do Código de Defesa do Consumidor (art. 35-G da Lei nº 9656/98 c.c Tema I – Atributos do Contrato do Anexo I da IN ANS nº 28/2022), **os documentos para a solicitação de reembolso devem estar claramente dispostos no contrato ou regulamento do plano de saúde**, não podendo as operadoras dificultarem o acesso dos beneficiários aos valores a serem reembolsados, sob pena de caracterizar negativa de cobertura.

Conforme acima exposto, o reembolso é um direito contratual e pessoal do beneficiário e, portanto, **as regras de reembolso devem estar previstas em contrato.** Além disso, a operadora de planos de saúde deve observar a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018, no que se refere a dados particulares dos beneficiários, de modo a não se configurar uma prática abusiva por parte da operadora a exigência de determinado documento para comprovar o pagamento de despesas assistenciais pelo beneficiário para fins de reembolso.

Ressalta-se, por fim, que eventuais mudanças na forma de solicitação de reembolso ou nos documentos exigidos para este fim devem ser comunicadas pela operadora aos beneficiários.

Outras informações sobre reembolso podem ser consultadas no endereço eletrônico https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-

plano-de-saude-deve-cobrir-1/reembolso

Informações mais detalhadas sobre o reembolso podem ser visualizadas no entendimento da Agência sobre reembolso aprovado na 599ª Reunião Colegiada da ANS realizada no dia 18/12/2023, que pode ser consultado no documento técnico elaborado sobre o tema que está disponível na página institucional da ANS na internet (https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/documentos-tecnicos-da-ans/Entendimento_Reembolso.pdf).

A ANS também elaborou uma Cartilha sobre reembolso que pode ser consultada em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilhas-para-o-consumidor/CartilhaReembolso2025.pdf

Tendo em vista o recebimento das sugestões e solicitações apresentadas pela requerente (SEI 33939855; fls. 52/56 e SEI 34549406; fls. 13-14/16), no que tange às atribuições desta GEMOP/GGREP/DIPRO, esta área técnica informa que serão utilizadas, em momento oportuno, para fins de aprimoramento da regulamentação vigente sobre reembolso de coberturas utilizadas em prestadores de serviço não integrantes da rede do plano de saúde.

Sendo estes os esclarecimentos desta área técnica, sugiro que o presente despacho seja encaminhado à DIRAD/DIPRO.

Documento assinado eletronicamente por **Catia Mantini**, **Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos**, em 17/06/2026, às 14:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Julianelli Arruda**, **Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/06/2026, às 19:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Santi Carmo Ipiranga**, **Gerente de Manutenção e Operação dos Produtos**, em 18/06/2026, às 12:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade, informando o código verificador **34799349** e o código CRC **08425B38**.

Referência: Processo nº 33910.050045/2025-88 SEI nº 34799349