



SAUS Quadra 1, Bloco M, 7º andar, Brasília/DF, CEP 70070-935  
Telefone: (61) 3213-3031/(61) 3031-3018 - <http://www.ans.gov.br>

Ofício nº: 75/2024/ASPAR/SECEX/PRESI/ANS

Brasília, 29 de agosto de 2024.

Ao Excelentíssimo Senhor  
**Senador Rogério Carvalho (PT/SE)**  
Primeiro Secretário do Senado Federal  
([namap@senado.leg.br](mailto:namap@senado.leg.br))

**Assunto: Indicação nº 42, de 2024 - Senadora Damares Alves**

Senhor Primeiro-Secretário do Senado Federal,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Ofício nº 468 (SF), de 05 de junho de 2024, que encaminha cópia da Indicação nº 42/2024, de autoria da Senadora Damares Alves, por meio do qual sugere à Agência Nacional de Saúde Suplementar que determine a manutenção dos contratos que foram objeto de rescisão unilateral por, no mínimo, mais 90 dias, postergando o prazo final informado pelas operadoras de planos de saúde, que restabeleça os contratos já rescindidos no último trimestre, e que determine a obrigação de continuidade na cobertura de tratamentos em curso.

Assim sendo, seguem os devidos esclarecimentos técnicos à demanda parlamentar em apreço.

#### Dos Contratos de Planos de Saúde

Informamos que a ANS não possui registro de contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados entre operadoras e pessoas físicas ou jurídicas, tampouco é informado à Agência qual é o perfil epidemiológico dos beneficiários que fazem parte dos contratos de planos de saúde, cabendo a esta Autarquia estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.

Cabe observar, no entanto, que a ANS exige o registro de todas as informações dos planos de saúde para que estes sejam comercializados pelas operadoras, por meio do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS/ANS, o qual contém as características de todos os planos de saúde disponibilizados pelas operadoras.

Embora não exista no âmbito deste órgão regulador o registro individual de cada contrato celebrado com pessoas físicas ou jurídicas, a ANS estabeleceu o "Manual de elaboração dos contratos de planos de saúde" com as regras gerais para os contratos de planos de saúde (Anexo I, da IN ANS nº 28/2022, que substituiu a IN DIPRO nº 23/2009).

Desta forma, os contratos celebrados entre as operadoras e seus contratantes devem refletir as disposições regulatórias vigentes à época da contratação, bem como as informações específicas relacionadas às características do plano de saúde registrado ao qual ele se vincula, **não** sendo encaminhados a esta agência cópias de cada regulamento ou contrato celebrado entre as operadoras e seus contratantes. Da mesma maneira, a rescisão de contratos entre as operadoras e seus contratantes não é comunicada à ANS.

Ainda que a ANS não possua o contrato celebrado com a operadora, a Agência exige o cadastro de todos os beneficiários por meio do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS, com as informações cadastrais de cada beneficiário, inclusive sobre o plano de saúde a qual ele está vinculado. É dever das operadoras informar por meio do citado sistema quando o vínculo do beneficiário é extinto, relatando o motivo do cancelamento, dentre as seguintes opções: Desligamento da empresa (rescisão/exclusão do contrato); Cancelamento a pedido do beneficiário; Inadimplência; Óbito; Transferência de carteira; Inclusão indevida; Fraude; ou Portabilidade de carências.

Vale observar que os dados disponíveis nos sistemas de informações da ANS são alimentados pelas operadoras de planos de saúde, sendo de responsabilidade das operadoras a manutenção e atualização desses dados.

Os dados de beneficiários constantes do SIB/ANS são administrados pela Gerência de padronização, interoperabilidade e análise de informação - GEPIN/DIDES/ANS, que também tem a competência para a extração desses dados.

#### Da Vedação do Impedimento de Participação e da Prática de Seleção de Risco

Preliminarmente, **cumprir informar que o art. 14 da Lei nº 9.656/98 estabelece que ninguém pode ser impedido por qualquer motivo de participar de plano privado de assistência à saúde, seja por idade ou por ser portadora de deficiência**, nos seguintes termos:

Lei nº 9656/98

"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. ([Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#)). ([Vide Lei nº 12.764, de 2012](#))"

Neste sentido, cabe ressaltar que nos planos privados de assistência à saúde é vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde na contratação ou exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde. Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a

vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. Esta vedação está disposta na Súmula Normativa nº 27, de 10 de junho de 2015, nos seguintes termos:

Súmula Normativa nº 27/2015

“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)

A proibição de seleção de riscos nos planos coletivos também está estabelecida na Resolução Normativa nº 557/2022, que determina expressamente que para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante, senão vejamos:

RN 557/2022

“Subseção I Da Proibição de Seleção de Riscos

Art. 22. Para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.”

Conforme acima exposto, **o fato de ser portador de determinada doença ou condição de saúde não pode impedir o consumidor de contratar individualmente um plano de saúde ou aderir a plano coletivo (empresarial ou por adesão), estando a operadora de saúde sujeita às penalidades previstas na legislação setorial.**

Portanto, as normas estabelecidas pela ANS vedam a seleção de risco por parte das operadoras seja na contratação ou na exclusão de beneficiários, não podendo haver impedimento de participação em plano de saúde ou exclusão de beneficiários por este motivo, ou seja, não admitir a inclusão ou excluir o beneficiário do plano pela sua condição de saúde ou pelo fato de ser pessoa portadora de deficiência.

### Das Regras de Rescisão de Contrato de Plano Individual ou Familiar

A regulamentação setorial da saúde suplementar positiva distintos regimes jurídicos para cada tipo de contratação, um para o plano individual ou familiar e outro, para os planos coletivos, empresarial ou por adesão.

No que tange ao plano individual ou familiar, o parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656/98 estabelece que **é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato pela operadora, com exceção dos 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, além disso, **o contrato não pode ser rescindido, sob nenhuma hipótese, durante a internação do titular (ou do dependente**, conforme item 6 da Súmula 28/2015), nos seguintes termos:

Lei nº 9656/98

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

I - a recontagem de carências; (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 quinquagésimo 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.** [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)”

Súmula Normativa nº 28/2015

“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)

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 9.656/98), que **somente podem ser rescindidos pela operadora nos casos de fraude ou não-pagamento da mensalidade.**

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. Com a edição da Súmula Normativa nº 28, de 2015, ficou explícito 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, vinculados a plano individual ou familiar.

### Das Regras de Rescisão de Contrato de Plano Coletivo e Exclusão de Beneficiário

Para avaliar se eventual a extinção do vínculo de beneficiário por iniciativa da operadora ocorreu em conformidade com a normatização em vigor, impende registrar as regras estabelecidas pela Lei nº 9.656/98 e pelas normas editadas pela ANS, que devem ser observadas pelas operadoras que ofertam ou disponibilizam planos de saúde privados aos consumidores.

Ressaltam-se, abaixo, trechos da regulamentação setorial acerca da extinção do vínculo de beneficiário de plano coletivo.

**RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022**

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

Subseção II  
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.**

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 5º e 15 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; ou

III - a pedido do beneficiário.

\*\*\*\*\*

#### RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022

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

\*\*\*\*\*

#### INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 28, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos.

(...)

Art. 14. A operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do Contrato/Regulamento contendo os temas de acordo com as orientações do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, Anexo I desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. A cópia do Contrato/Regulamento de que trata este artigo deverá ser individualizada para cada plano registrado, sendo vedada a entrega de documento que contenha informações pertinentes a vários planos distintos, contendo a opção do contratante por determinado plano e/ou opção por módulos de segmentação assistencial.

(...)

ANEXO I

MANUAL DE ELABORAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde deve conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber.

No momento da contratação, a operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do contrato/regulamento, cuja página inicial deverá conter os itens abaixo, conforme o registrado na ANS:

(...)

#### Tema V - DURAÇÃO DO CONTRATO

##### B) Nos contratos de planos coletivos:

1. as operadoras deverão informar o prazo do contrato, que será indeterminado, bem como o início da vigência (art. 1º I, da Lei nº 9.656/98);
2. as operadoras poderão estipular prazo de vigência mínima, devendo, nesse caso, indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor;
3. a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato entre as partes contratantes, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei nº 9.656, de 1998. As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora;
4. nos planos operados por autogestão, o início da vigência será a data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

(...)

#### Tema XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

##### B) Nos contratos de Planos coletivos:

1. definir as condições para rescisão e suspensão;
2. **nos planos coletivos empresariais contratados por empresários individuais**, prever que o contrato 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 de comunicação;
3. especificar as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato;
4. especificar a multa nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.

C) Em um plano de autogestão, não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de beneficiário. As autogestões deverão informar que o encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com seu estatuto e respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

**Nos contratos de plano coletivo empresarial e coletivo por adesão, pode haver duas situações para o cancelamento do plano por iniciativa da operadora:**

- a exclusão pontual de um beneficiário (art. 24 da RN nº 557/2022); ou

- a rescisão do contrato entre as pessoas jurídicas -empresa contratante e operadora- por denúncia de uma ou de outra parte (art. 23 da RN nº 557/2022).

Cumpra-se que, em contratação de plano coletivo, embora as condições de rescisão ou de suspensão e os casos de exclusão de beneficiários possam ser convencionados pelos negociantes (operadora e contratante), **a operadora pode excluir, pontualmente, o vínculo de beneficiário, se reconhecidas a fraude ou a perda de sua elegibilidade, ou mesmo a pedido do próprio beneficiário**, o exercício da autonomia privada para dispor sobre as hipóteses de exclusão de beneficiários de contratos de planos de saúde é limitada pela regulamentação setorial, pelo Código Civil e pelo Código de Defesa do Consumidor (art. 1º e 35-G da Lei nº 9.656/98 c.c Tema I do Anexo I da IN ANS nº 28/2022).

Reitere-se que **somente em caso de reconhecida fraude ou de perda de vínculo de titularidade (com a pessoa jurídica contratante) ou de dependência, a operadora pode excluir o beneficiário**, desde que estas condições para a exclusão dos beneficiários estiverem previstas no contrato. Vale ressaltar que, à exceção dessas duas hipóteses, **a responsabilidade para proceder à exclusão do beneficiário de plano de saúde é sempre da pessoa jurídica contratante** a qual ele está vinculado.

Em contrato coletivo firmado por pessoa jurídica, após o prazo de vigência inicial do contrato, **a rescisão contratual imotivada pode ocorrer**, devendo ser sempre precedida de notificação pela parte solicitante do cancelamento, de acordo com as disposições contratuais. **As condições para a rescisão de contratos coletivos devem estar previstas no contrato e são válidas para o contrato como um todo**, ou seja, para o contrato firmado com a pessoa jurídica contratante, não para os beneficiários a ela individualmente vinculados.

Assim sendo, a rescisão unilateral do contrato coletivo por parte da operadora é permitida, desde que observadas as normas vigentes e as disposições contratuais.

O tempo de antecedência para notificação da rescisão deverá estar definido em contrato. Somente poderá ser exigida a notificação prévia com 60 dias de antecedência da parte que foi comunicada da rescisão, por exemplo, se assim estiver disposto no contrato. Ressalte-se que esse prazo é para a pessoa jurídica contratante ou para a operadora que exerce a rescisão imotivada do contrato, não se aplicando ao beneficiário deste contrato que pretende a autoexclusão de seu vínculo, nos termos do artigo 24, parágrafo único, III, da RN nº 557/22 na forma da RN nº 561/2022.

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) se a rescisão ocorrer 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.

Nos 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 nº 557/2022); ou (b) pela operadora, e neste caso, 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 60 dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação (RN nº 557/2022, art. 14 c/c IN ANS nº 28/2022, anexo I, temas V e XVII).

Até a efetiva rescisão contratual do plano, o beneficiário tem direito a todos os procedimentos contratados, não podendo ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente com a mensalidade.

Impõe informar que, **se houver rescisão do contrato de plano coletivo por qualquer motivo e existir algum beneficiário titular ou dependente em internação, a operadora do plano de saúde deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar**. Da mesma maneira, os procedimentos autorizados na vigência do contrato deverão ser cobertos pela operadora, uma vez que foram solicitadas quando o vínculo do beneficiário com o plano ainda estava ativo.

#### **- 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 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 rescisão 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, deve ser custeada pela operadora até que ocorra a alta médica. 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.

#### - Direito ao Exercício da Portabilidade de Carências

Ressalta-se que, **quando o beneficiário 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).

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 3º da citada resolução. Portanto, os beneficiários que se enquadram nessa hipótese podem realizar a portabilidade de carências para qualquer plano disponível no mercado.

Para auxiliar na busca por um novo plano de saúde, a Agência disponibiliza em seu portal o **Guia ANS de Planos de Saúde** (<https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/>), 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>.

Em relação à quantidade de pedidos de contratação de novo plano com portabilidade a portabilidade, a ANS dispõe do quantitativo de protocolos emitidos pelo Guia de Planos para a realização da Portabilidade de Carências, que é apurada mensalmente. Entretanto, a geração do protocolo no Guia de Planos mostra a intenção do beneficiário em realizar a portabilidade de carências, mas não garante que a portabilidade foi efetivamente realizada. Portanto, não é possível sabermos quantas portabilidades foram efetivadas, tampouco se foram feitas em razão de rescisão unilateral do contrato pela operadora.

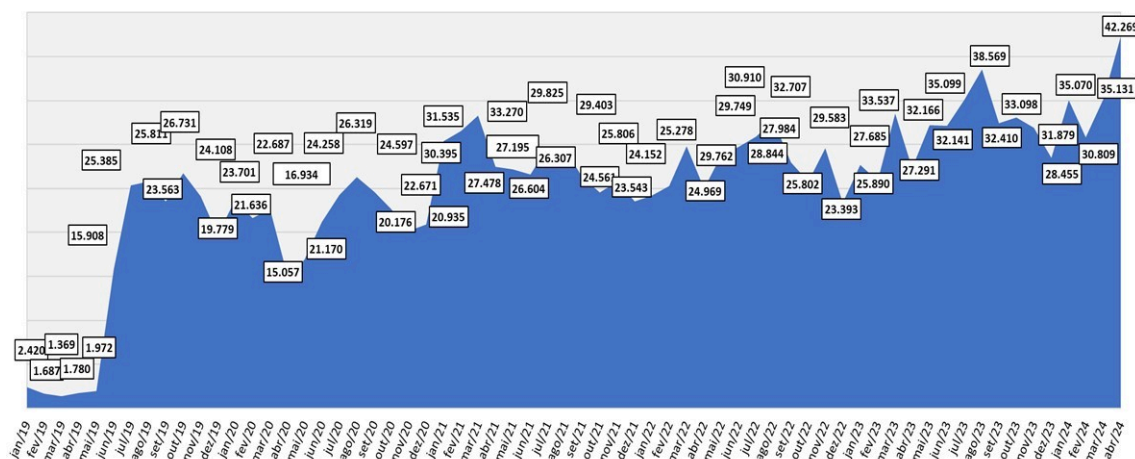
A ANS não participa diretamente da contratação de planos de saúde, de modo que, após gerar o protocolo, o consumidor deve procurar a operadora do plano escolhido para formalizar a solicitação de portabilidade de carências e efetivar a adesão ao plano.

O quadro a seguir mostra o quantitativo mensal de protocolos emitidos no sistema do Guia ANS de Planos de Saúde para a portabilidade de carências nos últimos 12 meses, de maio de 2023 a abril de 2024:

no	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2023					32.166	32.141	35.099	38.569	32.410	33.098	31.879	28.455
2024	35.070	30.809	35.131	42.269								

A imagem a seguir mostra o quantitativo mensal de protocolos emitidos no sistema para a portabilidade de carências no período de janeiro de 2019 a abril de 2024:

Evolução de protocolos de portabilidade emitidos por mês



Fonte: Guia ANS de Planos de Saúde - mai/2024

As regras gerais para exercício da Portabilidade de Carências estão atualmente dispostos na Resolução Normativa nº 438/2018.

**RN Nº 438/2018**

**DAS REGRAS GERAIS SOBRE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**

Art. 3º Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I - o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;

II - o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

III - o beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV - o plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

V - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;

VI - caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

§ 1º O prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, na forma das alíneas "a" e "b" do inciso III do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 2º Em contratos firmados anteriormente à 1º de janeiro de 1999 e adaptados à Lei nº 9656, de 1998, o prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo será contado a partir da data da adaptação.

§ 3º O beneficiário que aderir a um novo contrato de uma operadora via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá cumprir o prazo de permanência de um ano neste plano para exercício da portabilidade de carências, não se aplicando o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo.

§ 4º As faixas de preço previstas no inciso V do caput deste artigo estão definidas em Instrução Normativa editada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§ 5º Para os planos com formação de preço pós-estabelecido, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 6º Quando o plano de origem e o plano de destino forem do tipo de contratação coletivo empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 7º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso V do caput deste artigo, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento).

§ 8º Para fins de contagem do prazo de permanência previsto no inciso III do caput, nos casos em que tenha havido mudança de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem solução de continuidade entre os planos, será considerado o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem.

(...)

**Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, nas seguintes hipóteses:**

I - pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

II - pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;

III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

**IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.**

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão 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 disposto no caput.

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução.

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

De forma mais didática e acessível, as informações relacionadas à Portabilidade de Carências podem também ser encontradas no site da ANS: <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>.

Há ainda uma Cartilha desenvolvida pela ANS sobre o tema, disponível por meio do link: [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha\\_Final.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf).

**Das Recomendações Dadas à ANS pela Ilustre Senadora da República**

Informamos que, no dia 28 de maio de 2024, com o intuito de reverter os recentes cancelamentos unilaterais de contratos de planos de saúde, o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), se reuniu com o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello, e representantes do setor de saúde suplementar, como Alessandro Acayaba, presidente da Associação Nacional das

Administradoras de Benefícios (**Anab**), Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (**Abramge**), Manoel Perez, presidente da **Bradesco Saúde**, Renato Manso, vice-presidente da **Amil**, Raquel Reis, presidente da **Sul América**, Vera Valente, diretora executiva da **FenaSaúde**, Pablo Meneses, vice-presidente da Rede D'or e Sul América, e Luiz Paulo Coimbra, presidente da **Unimed Nacional**. A reunião contou ainda com a presença do deputado Duarte Jr. (PSB-MA), relator do projeto da nova lei dos planos de saúde.

Foi firmado um acordo em que as operadoras de planos de saúde se comprometeram a suspender os cancelamentos unilaterais de contratos que foram recentemente rescindidos de consumidores em tratamento continuado e que afetaram principalmente usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e doenças graves. Além disso, as empresas garantiram que não cancelarão unilateralmente mais nenhum plano coletivo por adesão a partir desta data.

Conforme exposto acima, a regra em vigor prevista no parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98 **já protege os beneficiários contratantes de plano individual ou familiar, visto que a suspensão ou rescisão destes contratos somente está permitida 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 quinquagésimo dia de inadimplência, sendo vedada a suspensão ou rescisão unilateral destes contratos em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.**

Com a edição da Súmula Normativa nº 28, de 2015, ficou explícito 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, vinculados a plano individual ou familiar.**

Já em relação aos planos coletivos, foi informado que **não pode haver a exclusão de um beneficiário especificamente por conta de sua condição de saúde (ou por estar em tratamento médico), e, salvo os casos de fraude e perda da condição de titular ou de dependente, a operadora não poderá excluir o consumidor sem a solicitação do contratante (pessoa jurídica ou empresário individual).**

Cabe salientar que esta área técnica possui o entendimento de que, **mesmo que haja a rescisão do contrato coletivo, ao beneficiário internado deve ser garantida a assistência à saúde, pela operadora, até a alta hospitalar e também deve ser garantida a realização de tratamentos em curso autorizados pela operadora na vigência do contrato.** Além disso, diante de eventual rescisão do contrato coletivo, é obrigação da operadora notificar seus beneficiários sobre o direito à portabilidade de carências.

Vale observar que, uma vez que as regras de rescisão devem atender à toda coletividade e não a proteção de um grupo de beneficiários com uma condição específica de saúde, esta área técnica é contrária à proteção exclusiva de beneficiários idosos, com deficiência, com doenças raras, gestantes, com transtornos ou com doenças graves, pois entende que a proteção destinada a estes beneficiários já é alcançada quando há regras bem definidas para todos os beneficiários.

#### - Conclusão

Por todo o exposto, convém reiterar que a ANS, na qualidade de entidade integrante da Administração Pública, tem o dever constitucional de obedecer, notadamente, ao princípio da legalidade estrita. O poder normativo da agência reguladora deve ser exercido dentro dos parâmetros da juridicidade (Constituição da República de 1988, leis e princípios). Portanto, não se pode exceder ou abusar do exercício desse poder-dever regulatório, sob pena de insegurança jurídica no mercado regulado.

Nessa quadra, insta frisar que o legislador ordinário, na Lei 9.656/98, positivou tratamento diferenciado para os regimes de contratação individual/familiar e de contratação coletiva.

A disciplina para o vínculo de beneficiário individual/familiar é mais protetiva. Nesse tipo de contratação, os contratantes são a operadora e o próprio beneficiário. A própria lei, em sua ponderação de valores, restringe a liberdade contratual da operadora em prol da manutenção dos serviços assistenciais do beneficiário com esse tipo de vínculo. A rescisão por iniciativa da operadora não pode ser imotivada. A lei ainda limita as hipóteses para o exercício da rescisão motivada a apenas duas, quais sejam, à fraude e à inadimplência.

A Lei 9.656/98, por outro lado, em relação à contratação coletiva, não conferiu a mesma proteção ao beneficiário. Nesse tipo de contratação, os contratantes são a operadora e a pessoa jurídica (empresa empregadora ou associação, por exemplo). Aqui, nesse panorama legal, a liberdade de vinculação ou exoneração contratual é mais ampla. Não há vedação ou limitação legal para o exercício da rescisão contratual unilateral imotivada por iniciativa desses contratantes.

Reflete-se acerca da conveniência e da oportunidade de implementação de regras mais rígidas que limitem a liberdade contratual da operadora de plano de saúde em plano coletivo com o fim de potencializar a tutela ao beneficiário. Juridicamente, entretanto, o princípio constitucional da legalidade mitiga o poder normativo do ente regulador, logo, adequado seria uma alteração legislativa em sentido estrito para tal desiderato. Tecnicamente, o cerne dessa análise é, sobretudo, a abstração das prováveis repercussões econômicas de tal alternativa na dinâmica do mercado regulado.

Efeitos prospectivos mezinhos seriam, por exemplo, a redução de oferta desse tipo de contratação e/ou elevação do valor inicial da contratação. Seria necessário, portanto, o estreitamento e a intensificação de diálogos institucionais para aprimorar o debate acerca da identificação das fragilidades do atual modelo e sobre a proposição de soluções jurídicas e econômicas adequadas para o equacionamento das tensões de interesses, com o propósito do crescimento e manutenção da qualidade e da satisfação no setor da saúde suplementar.

A denúncia vazia (rescisão imotivada) da contratação coletiva exercida pela operadora de plano de saúde nos termos contratuais e nos parâmetros normativos vigentes caracteriza exercício regular de direito. Contudo, caso se identifiquem indícios de irregularidade à regulamentação setorial, o fato deve ser submetido à apuração da Diretoria da Fiscalização da ANS.

A apuração a respeito do exercício abusivo ou ilegítimo do exercício da rescisão unilateral imotivada deve ser realizada em cada situação específica para seja avaliado se foi adotada, por exemplo, a vedada prática da seleção de risco.

Conforme se buscou demonstrar, a ANS vem acompanhando de perto essa questão, adotando as medidas previstas na legislação em vigor nos casos em que sua atuação se mostrou necessária.

Por fim, considerando a série de notícias a respeito de cancelamento de contratos de planos de saúde coletivos, e, dada a competência legal atribuída à ANS para promover a regulação do setor, a Agência publicou em sua página institucional na internet uma Nota de esclarecimentos com a finalidade de afastar eventuais dúvidas e incompreensões sobre cancelamento e rescisão de contratos. Essa Nota pode ser acessada por meio do link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/nota-da-ans-sobre-cancelamento-e-rescisao-de-contratos>.

Sendo essas as considerações técnicas desta Agência Reguladora à demanda parlamentar em apreço, renovamos nossa plena disponibilidade em prestar quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,

**Paulo Roberto Rebello Filho**

Diretor-Presidente da ANS



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 05/09/2024, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do 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 **30382970** e o código CRC **3D575BBF**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 33910.016076/2024-29

SEI nº 30382970