

Confira as regras para cada tipo de contratação de plano de saúde

Considerando a série de reportagens e notícias a respeito de cancelamento de contratos de planos de saúde coletivos, e, dada a competência legal atribuída à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para promover a regulação do setor, seguem esclarecimentos com a finalidade de afastar eventuais dúvidas e incompreensões:

É proibida a prática de seleção de riscos

Não pode haver seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde no atendimento, na contratação ou na exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde. Ou seja, **nenhum beneficiário pode ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade, não pode ter sua cobertura negada por qualquer condição e, também, não pode haver exclusão de clientes pelas operadoras por esses mesmos motivos.**

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 27/2015](#).

Além disso, o **art.14 da Lei 9.656/98 estabelece que “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”**. Portanto, a própria Lei veda qualquer tipo de discriminação pessoal que inviabilize a contratação de plano de saúde pelo consumidor.

Ninguém pode ser impedido de contratar um plano de saúde

Os planos individuais/familiares são de livre adesão pelos consumidores, com ou sem grupo familiar, e ninguém pode ser impedido de contratá-los.

Nos planos coletivos, o único requisito para aderir ao plano é o vínculo do consumidor com a pessoa jurídica contratante ou a comprovação de ser um empresário individual.

Rescisão de contratos de planos de saúde tem regras

As regras para a rescisão de planos de saúde devem estar previstas no contrato assinado com a operadora. Contudo, há diferenças para o cancelamento de plano entre as formas de contratação.

As regras de rescisão/cancelamento de contratos ou de exclusão de beneficiários de contratos de planos de saúde são estabelecidas pela Lei 9.656/98 e pelas normas da Agência.

Importante destacar que a situação de exclusão pontual de beneficiários de um contrato não deve ser confundida com a rescisão/cancelamento deste contrato.

- **Exclusão pontual de beneficiários**

No caso de planos de contratação individual/familiar as operadoras não podem fazer a exclusão de beneficiários à sua revelia, apenas em casos de fraude ou inadimplência.

Já no caso de planos coletivos (empresariais e por adesão), conforme previsto na [RN 557/2022](#), cabe exclusivamente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos contratos.

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

I - por fraude;

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 9.656/1998; ou

III - a pedido do beneficiário

- **Rescisão/cancelamento de contrato**

As condições para a rescisão/cancelamento de um plano de saúde devem estar previstas no contrato e são válidas para o contrato como um todo, e não para cada beneficiário a ele individualmente vinculado.

Nos planos de saúde de **contratação individual/familiar**, as operadoras somente poderão rescindir unilateralmente um contrato em casos de fraude ou inadimplência. **Para o cancelamento por inadimplência, o beneficiário tem que deixar de pagar a mensalidade por um período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato. O consumidor do plano individual/familiar tem que ser notificado até o 50º dia da inadimplência sobre a possibilidade de cancelamento.**

Nos contratos de **planos coletivos**, após o prazo de vigência inicial, a rescisão contratual pode ocorrer, devendo ser sempre precedida de notificação, observando-se as disposições contratuais, que estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor. **O tempo de antecedência para notificação ao contratante pela operadora deverá estar definido em contrato.**

Importante: 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.

Nos contratos **coletivos empresariais celebrados por empresário individual (MEI)**, 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; 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.

Atenção: até a rescisão do contrato ou a exclusão do beneficiário, todos os procedimentos contratados devem ser garantidos a ele, não podendo o consumidor ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente com a mensalidade do plano.

Assistência para beneficiário internado tem que ser mantida

É proibida a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente, nos planos de saúde individual ou familiar. Até a alta hospitalar, a operadora deverá arcar com todo o atendimento.

Importante esclarecer que, no caso dos planos coletivos, é lícita a rescisão de contrato, por parte da operadora, com beneficiários em tratamento. No entanto, **se houver a rescisão do contrato de plano coletivo - por qualquer motivo - e existir algum beneficiário ou dependente em internação, a operadora 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.

Em qualquer dos casos, seja por exclusão pontual ou por rescisão/cancelamento de contrato, os beneficiários devem ser previamente notificados sobre sua exclusão ou sobre a rescisão do contrato, bem como sobre seu direito à portabilidade de carências.

Continuidade da assistência

Para assegurar a continuidade da assistência aos beneficiários que perderam o vínculo com o plano de saúde ou cujo contrato foi rescindido, a ANS garante o direito ao exercício da portabilidade de carências, ou seja, o direito de contratar um novo plano sem cumprir novos prazos de carências ou cobertura parcial temporária (no caso de doenças ou lesões preexistentes), conforme a [RN 438/2018](#).

Sendo assim, a operadora de plano de saúde deve comunicar ao beneficiário, previamente à sua exclusão ou à rescisão do seu contrato, sobre o seu direito à realização da **portabilidade de carências**, por qualquer meio que assegure a ciência inquestionável do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem e o início e o fim do prazo de 60 dias para exercício do direito. A Agência disponibiliza aos consumidores uma cartilha didática sobre o tema, que pode ser encontrada no site da ANS. [Clique aqui](#) para acessá-la.

No site da ANS, é possível pesquisar planos de saúde disponíveis no mercado para contratação/adesão ou para troca via portabilidade de carências por meio do [Guia ANS de Planos de Saúde](#). O sistema é intuitivo e ainda conta com um [tutorial](#) para orientar o usuário.

ATENÇÃO: nos casos em que a desvinculação do plano (extinção do vínculo do beneficiário) ocorra por solicitação do próprio beneficiário, a requisição deve ser atendida de forma imediata pela operadora a partir de sua ciência, conforme regramento disposto na [RN 561/2022](#). Nesses casos, o beneficiário perde o direito ao exercício da portabilidade de carências, pois esse é um direito garantido enquanto ele ainda está vinculado ao seu plano. Se quiser fazer a portabilidade de carências, esse beneficiário deverá fazer a troca enquanto ainda estiver vinculado ao plano do qual quer sair.

O olhar da Agência para o autismo

A ANS salienta que se mantém atenta às necessidades e aos anseios de todos os beneficiários da saúde suplementar. Assim, destaca-se um breve histórico sobre as ações da Agência em relação ao Transtorno de Espectro Autista (TEA):

Em julho de 2021, a ANS publicou a [RN 469/2021](#), que garantiu aos beneficiários portadores de transtornos globais de desenvolvimentos (CID F84), no qual se inclui o Transtorno do Espectro Autista, acesso a número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, o que se somou à cobertura ilimitada que já era assegurada para as sessões com fisioterapeutas. Nesse período, também foi instituído um grupo de trabalho na ANS para dar seguimento às discussões sobre o atendimento aos beneficiários com TEA na saúde suplementar.

Em junho de 2022, a ANS determinou a obrigatoriedade de cobertura para quaisquer técnicas ou métodos indicados pelo médico assistente para o tratamento de pacientes com Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD), entre os quais estão os com transtorno do espectro autista (TEA). Assim, terapias como os métodos Applied Behavior Analysis (ABA), Denver e Integração Sensorial passaram a ser contemplados na saúde suplementar, com a publicação da RN 539/2022.

Em julho de 2022, a ANS acabou com os limites para sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas não somente para os autistas, mas para todos os usuários do setor.

Mais recentemente, em outubro de 2023, a Agência realizou uma audiência pública para debater, com todos os atores do setor, a assistência aos beneficiários da saúde suplementar com TGD e especialmente aqueles com TEA. O evento durou mais cinco horas e foi realizado de forma remota, permitindo maior participação social para todo o país. As entidades presentes foram: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), Conselho Federal de Nutrição (CFN), Associação Nacional em Prol das Pessoas com Deficiência, Doenças Raras e Doenças Congênitas (ANPCD), Conselho Nacional de Saúde (CNS), FenaSaúde, Unidas, Abramge, Confederação Nacional das Unimed do Brasil, além de dezenas de profissionais de diversas áreas, representantes de planos de saúde e cidadãos, que fizeram contribuições, que geraram um relatório técnico recentemente aprovado pela Diretoria Colegiada da Agência.

Dentre as ações propostas: monitoramento contínuo da evolução da utilização dos serviços prestados por fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas a beneficiários da faixa etária de 0 a 15 anos, com a inclusão de uma seção temática no Mapa Assistencial da Saúde Suplementar; a partir desse acompanhamento, serão elaborados estudos sobre a evolução dos atendimentos de pacientes com TGDs, de modo a dar subsídios à ANS e a todo o setor em busca de aperfeiçoamentos e melhorias; formulação de ações regulatórias fundamentadas e alinhadas com as complexidades abordadas durante a audiência pública; e realizar mais reuniões com representantes da sociedade civil e do governo, com conselhos e associações profissionais e científicas para enriquecer o debate, considerando as perspectivas e expertises, além de alinhar estratégias para enfrentar o TEA de maneira mais abrangente.

Mudança na regulação motivada por ação do Procon RJ

Em fevereiro de 2014, a 18ª Vara Federal da 2ª Região julgou procedente uma ação civil pública (processo nº [0136265-83.2013.4.02.5101](#)) do Procon Estadual do Rio de Janeiro (Procon-RJ) contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A decisão determinou a anulação do parágrafo único do art. 17 do normativo que até então tratava da rescisão de contratos - a Resolução Normativa 195/2009. Tal parágrafo estabelecia que os contratos de planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderiam ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Tal medida, que pretendia dar ao consumidor o direito de rescindir o contrato a qualquer tempo, acabou por dar às operadoras o mesmo direito, pondo fim a uma situação de segurança para o beneficiário que antes tinha garantida a vigência de pelo menos 12 meses. A Resolução Normativa 195/2009 foi substituída pela RN 557/2022, a qual manteve parte da redação do artigo 17 em seu artigo 23:

"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".

Assim sendo, mesmo com a anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009, as operadoras permaneceram obrigadas a dispor no contrato coletivo (empresarial ou por adesão) em que

condições pode ocorrer a suspensão ou rescisão do contrato, observadas as regras previstas no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor.

Mediação de conflitos e ação da ANS

A ANS atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta criada pela ANS para agilizar a solução de problemas relatados pelos consumidores.

Pela NIP, a reclamação registrada nos canais de atendimento da Agência é automaticamente enviada à operadora responsável, que tem até cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário, nos casos de cobertura assistencial, e até 10 dias úteis para demandas não assistenciais. Se o problema não for resolvido pela NIP e se constatada infração à legislação do setor, será instaurado processo administrativo sancionador, que pode resultar na imposição de sanções à operadora, destacando-se, dentre elas, a aplicação de multa.

A operadora que rescindir o contrato de beneficiários em desacordo com a legislação da saúde suplementar pode ser multada em valores de até R\$ 80 mil.

Fonte: ANS, em 20.05.2024.