

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicará nesta sexta-feira (11/11) a Resolução Normativa nº 412, que 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. O objetivo da norma é extinguir possíveis ruídos na comunicação entre beneficiário e operadora no momento em que o primeiro manifesta sua vontade de cancelar o plano de saúde ou de excluir dependentes. A resolução se aplica apenas aos chamados planos novos, aqueles contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e entra em vigor no prazo de 180 dias corridos contatos a partir de 11/11/2016, data de sua publicação no Diário Oficial da União.

“Essa normativa regulamenta as formas de rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde a pedido do beneficiário titular. Tem por finalidade conferir ao consumidor maior clareza, segurança e previsibilidade no processo de cancelamento de plano de saúde ou exclusão de dependente ao estipular um regramento específico para cada tipo de contratação, definir responsabilidades das partes envolvidas, obrigar as operadoras a emitirem comprovante de ciência do pedido de suspensão, seguido do comprovante de efetivo cancelamento, além de determinar os prazos para entrega de tais comprovantes”, enumera Karla Santa Cruz Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

### **Plano individual ou familiar**

O cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar poderá ser solicitado pelo titular, das seguintes formas: presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados; por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora; ou por meio da página da operadora na internet – neste caso, a operadora deverá disponibilizar em seu portal corporativo acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), nos termos previstos na RN nº 389, de 26 de novembro de 2015.

Feito o pedido de cancelamento, a operadora é obrigada a prestar de imediato esclarecimentos sobre as consequências da solicitação, e deverá fornecer ao beneficiário comprovante do recebimento do pedido. A partir desse momento, o plano de saúde estará cancelado para o titular e seus dependentes, quando houver, ou para um ou mais de seus dependentes, caso o titular tenha apenas solicitado a exclusão de dependentes.

### **Plano coletivo empresarial**

O beneficiário titular poderá solicitar à empresa em que trabalha, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente do contrato de plano de saúde coletivo empresarial. A empresa deverá informar à operadora, para que esta tome as medidas cabíveis, em até 30 dias. Caso a empresa não cumpra tal prazo, o funcionário, beneficiário titular, poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora, que terá a responsabilidade de fornecer ao consumidor o comprovante de recebimento da solicitação – ficando o plano cancelado a partir desse momento.

### **Plano coletivo por adesão**

O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde. Neste caso, a solicitação será encaminhada à operadora, para adoção das providências cabíveis – o cancelamento somente terá efeito a partir de sua ciência. Mas o beneficiário também pode comunicar a sua intenção à administradora de benefícios (quando a possibilidade figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora), ou ainda diretamente à operadora – nestes dois casos, após o fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação, o plano terá cancelamento imediato.

### **Dever das operadoras diante de pedido de cancelamento de qualquer modalidade de**

**plano**

Após receber a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar, ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios deverá prestar de forma clara e precisa as informações listadas abaixo:

**1. O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:**

- No cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- Na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- No preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT) que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;
- Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar.

**2. Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;****3. Contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, são de responsabilidade do beneficiário;****4. Despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;****5. A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;****6. A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde.**

Tais informações devem ser disponibilizadas pelo atendente da operadora ou administradora de benefícios no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através dos canais destas entidades previstos na RN nº 395/16; ou constar do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a ser fornecido pela operadora ou administradora de benefícios.

“A rescisão do contrato ou a exclusão do beneficiário independe do adimplemento contratual. As operadoras que deixarem de cumprir as normas determinadas na resolução estarão sujeitas ao pagamento de multa no valor de R\$ 30 mil”, acrescenta a diretora Karla Coelho, que também destaca a importância do entendimento do beneficiário diante de sua decisão de cancelamento do plano: “É preciso entender que, a partir do momento em que a operadora toma ciência do pedido, o plano estará cancelado”.

Também vale destacar que a partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação

de cancelamento ou exclusão, a operadora ou a administradora de benefícios deverá encaminhar ao consumidor, no prazo de dez dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou desligamento do beneficiário. Tal comprovante deverá informar as eventuais cobranças de serviços pela operadora ou administradora de benefícios. O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime o beneficiário do pagamento de multa rescisória, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de doze meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

[Saiba mais sobre os direitos do beneficiário da saúde suplementar no Espaço do Consumidor.](#)

**Fonte:** [ANS](#), em 10.11.2016.