

Entra em vigor na segunda-feira (29/1) a normativa que regulamenta a contratação de plano de saúde coletivo empresarial por empresário individual. A medida contribui para coibir abusos relacionados a esse tipo de contratação – como a constituição de empresa exclusivamente para este fim – e dá mais segurança jurídica e transparência ao mercado, ao estabelecer as particularidades desse tipo de contrato. Uma cartilha elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reúne as principais informações para esclarecer beneficiários de planos de saúde, novos contratantes e os próprios agentes do setor.

### **[Confira aqui a cartilha.](#)**

A **[Resolução Normativa nº 432](#)** estabelece que, para ter direito à contratação do plano, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal - e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente - pelo período mínimo de seis meses. E, da mesma forma, para manter o contrato, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes e a regularidade do seu cadastro na Receita Federal. As operadoras e as administradoras de benefícios deverão exigir esses documentos em dois momentos: quando da contratação do plano e anualmente, no mês de aniversário do contrato.

A operadora ou administradora de benefícios deve informar ao contratante as principais características do plano a que está se vinculando, tais como o tipo de contratação e regras relacionadas. “É muito importante que o consumidor interessado em contratar um plano de saúde coletivo tenha consciência das particularidades desse tipo de contratação para não ser surpreendido depois. Nesse sentido, estamos disponibilizando uma cartilha que resume as informações de forma didática e clara para auxiliar na disseminação dessas regras”, destaca a diretora de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Karla Santa Cruz Coelho.







Outro ponto importante da normativa que protege o beneficiário trata do estabelecimento de uma regra para os casos de rescisão unilateral imotivada pela operadora. A partir de agora, o contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após um ano de vigência, na data de aniversário e mediante notificação prévia de 60 dias. A operadora deverá apresentar ao contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. “Essa medida evita que o beneficiário seja surpreendido com o cancelamento do contrato a qualquer tempo, dando mais previsibilidade na contratualização”, explica a diretora.

Se for constatada a ilegitimidade do contratante, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que faça a notificação com 60 dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes. A comprovação anual da condição de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados deverá ser exigida também nos contratos celebrados antes da vigência dessa resolução.

A celebração e a manutenção de contrato coletivo empresarial que não atenda ao que é disposto na norma equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar, conforme prevê a RN nº 195, de 2009.

**[Clique aqui e confira a Resolução Normativa nº 432.](#)**

Confira abaixo as particularidades desse tipo de contratação:

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO POR EMPRESÁRIO INDIVIDUAL	
 Quem pode contratar?	Empresário individual que comprovar o exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 6 meses, seja: empresa de pequeno porte (EPP), microempresa (ME), microempreendedor individual (MEI), ou, ainda, uma empresa normal, a depender do seu faturamento anual.
 Dependentes	Indivíduos vinculados ao empresário individual por relação empregatícia e grupo familiar.
 Carência	<p>Nos planos com até 30 indivíduos, pode haver carência desde que prevista no contrato.</p> <p>Nos planos com 30 indivíduos ou mais, aqueles que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação ao empresário individual contratante não estão sujeitos a carência.</p>
 Cobertura Parcial Temporária (CPT) em caso de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)	<p>Nos planos com até 30 indivíduos, por até dois anos, a partir da data de ingresso, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para as doenças ou lesões preexistentes declaradas por você.</p> <p>Nos contratos com 30 indivíduos ou mais, aqueles que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação ao empresário individual contratante estão isentos de alegação de DLP e da eventual imposição de CPT.</p>
 Rescisão pela operadora	<p>O contrato somente poderá ser desfeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Se você não comprovar, quando solicitado pela sua operadora, que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal;</li> <li>– Se você não pagar mensalidade do plano de saúde, desde que a operadora o comunique informando que em caso de não pagamento, o contrato estará desfeito na data em que você foi comunicado; e</li> <li>– Por vontade da operadora, desde que comunique você com 60 dias de antecedência do aniversário do contrato, informando o motivo da rescisão.</li> </ul>
 Reajuste	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contratos com menos de 30 vidas: reajuste único aplicável a todos os contratos com menos de 30 vidas da sua operadora.</li> <li>– Contratos com mais de 30 vidas: o reajuste será negociado entre o empresário individual contratante e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato.</li> </ul> <p>Em ambos os casos, o contrato está sujeito ainda ao reajuste por faixa etária, se previsto em contrato.</p>

Fonte: [ANS](#), em 26.01.2018.

