



28142336



08012.001178/2024-26



Ministério da Justiça e Segurança Pública
 Secretaria Nacional do Consumidor
 Departamento de de Proteção e Defesa do Consumidor
 Coordenação-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado
 Coordenação de Monitoramento e Mercado

NOTA TÉCNICA Nº 2/2024/CMM/CGEMM/DPDC/SENACON/MJ

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08012.001178/2024-26

INTERESSADO: PLANOS DE SAÚDE

1. RELATÓRIO

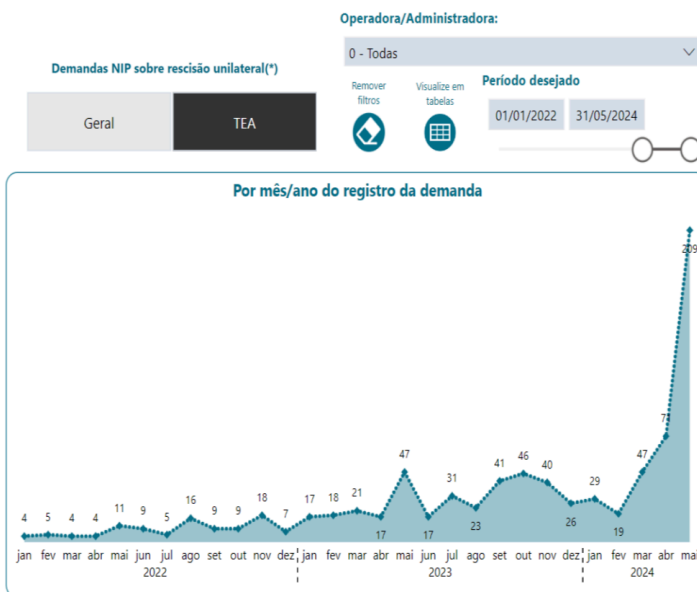
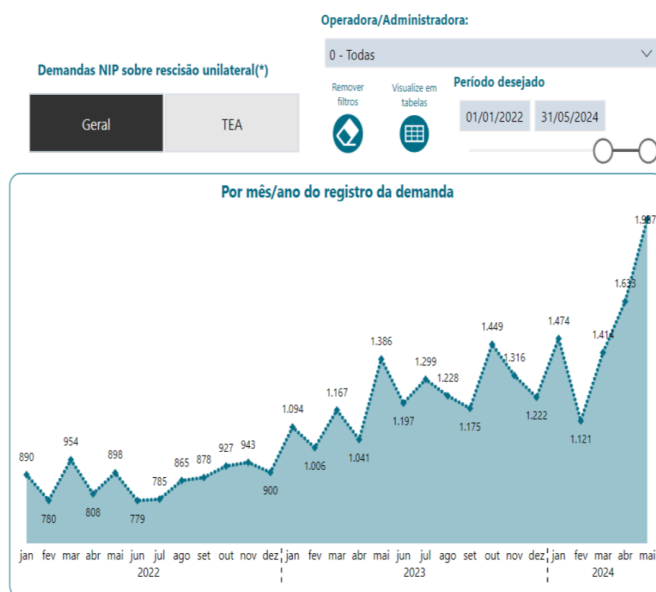
1.1. Trata-se de Procedimento de Monitoramento de Mercado instaurado *ex officio* pela Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON), via Departamento de de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) e trâmite na Coordenação-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado (CGEMM), com o objetivo de avaliar a conduta de operadoras de planos de saúde no tocante a cancelamentos/rescisões unilaterais de contratos, principalmente dos consumidores mais vulneráveis como idosos, portadores de transtornos globais de desenvolvimento e beneficiários que de alguma forma necessitam de cuidados ou assistência contínua de saúde.

1.2. Tal procedimento foi instaurado tendo em vista o aumento expressivo do número de reclamações sobre o tema nos sistemas do Sindec Nacional, ProConsumidor e Consumidor.gov.br, assim como, no número de NIPs sobre rescisões e cancelamentos contratuais no sistema da ANS, conforme demonstrado abaixo:

Tabela - Dados ligados ao cancelamento unilateral feito por operadoras de planos de saúde:

Sistema	Assunto	jan	fev	març	abr	mai	Total
ProConsumidor	Alteração/recisão de contrato sem solicitação/aviso prévio	53	29	49	45	55*	231
Sindec Nacional	Rescisão/Susbtituição/Alteração de contrato de saúde	18	21	0**	27	-	66
Consumidor.gov.br	Alteração/recisão de contrato sem solicitação/aviso prévio	419	447	381	506	-	1753

* Dado até 17 de maio.



1.3. Assim, a Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON) notificou 17 (dezessete) operadoras e 4 (quatro) associações de operadoras de saúde solicitando as seguintes informações:

- Qual foi número de cancelamentos/rescisões contratuais unilaterais realizados pela operadora no ano de 2023 e 2024?
- Quais foram os motivos alegados que justificariam tais procedimentos?
- Quantos desses beneficiários estavam em tratamento? Quantos desses beneficiários necessitam de cuidados ou assistência contínua de saúde? Quantos desses beneficiários são idosos ou possuem transtornos globais de desenvolvimento?
- Qual a faixa etária dos beneficiários com planos cancelados?

1.4. Eis o breve relatório.

2. DAS RESPOSTAS ÀS NOTIFICAÇÕES

2.1. As operadoras que efetuaram cancelamento unilateral de plano de saúde afirmaram que isto ocorreu em contratos de planos coletivos e empresariais e, portanto, não executaram de forma discriminatória ou direcionada a uma população específica. Cabe destacar que a maioria das operadoras não forneceram os números dos cancelamentos e os dados específicos solicitados.

2.2. Por sua vez, a **MedSênior** relatou que comercializa apenas produtos individuais pessoa física, e, logo, o cancelamento unilateral dos contratos ocorreria, exclusivamente, quando há inadimplemento superior a 60 dias e, somente, após a tentativa de renegociação do débito e prévia notificação, o que estaria de acordo com a Lei n.º 9.656/98, da Súmula Normativa nº 28/15 da ANS e o CDC.

2.3. A **Omint** afirmou que não realizou nenhum cancelamento e/ou rescisão de contrato de plano de saúde unilateral de forma imotivada e a **Prevent Senior** esclareceu que não efetuou rescisão contratual.

2.4. A **Bradesco Saúde** não forneceu os dados solicitados e argumentou que não cancela contratos com base na condição de saúde ou idade de beneficiários específicos, especialmente aqueles em tratamento contínuo. A empresa sustenta que suas rescisões contratuais estão em conformidade com a legislação vigente, sendo restritas às condições de apólices coletivas contratadas por estipulantes, que abrangem todos os segurados vinculados ao contrato. Além disso, a Bradesco Saúde assegura que comunica o encerramento desses contratos coletivos com antecedência adequada. Enfatiza ainda, que não termina contratos de seguro saúde individuais ou familiares de forma arbitrária ou unilateral. Quando ocorrem rescisões, estas são motivadas e fundamentadas na lei, nas normas das agências reguladoras aplicáveis e/ou nas condições contratuais.

2.5. A **HapVida** e a **Notredame Médica** informou que nos contratos coletivos, a forma de comunicação segue o que está estipulado no contrato, enquanto nos contratos individuais, a comunicação é regida pelo artigo 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98, de modo que os beneficiários são informados sobre a oportunidade de exercer a portabilidade, conforme estabelecido no artigo 8º da Resolução Normativa 438/2018 da ANS. E que comunicação aos beneficiários acerca da possibilidade de portabilidade é de responsabilidade do titular do plano e da operadora de destino e não da HapVida e NotreDame Médica que são operadoras de origem.

2.6. A **Assim Saúde** afirmou que realizou o cancelamento de 41 contratos, totalizando 2.652 beneficiários por questões de inadimplência contratual. Dos beneficiários afetados pelos cancelamentos, 22 estavam em tratamento e os 22 necessitam de tratamento continuado, sendo 10 idoso e 2 possuem algum tipo de transtorno global de desenvolvimento.

2.7. A **Care Plus** informou que houve a rescisão unilateral 6 contratos, sendo 5 coletivos por adesão e 1 empresarial, contendo 1.148 beneficiários e que seus contratos são firmados, em sua totalidade, com prazo certo e

determinado, não havendo a hipótese de prorrogação por prazo indeterminado. Nessa toada, seus contratos seguem o disposto no art. 23 da RN ANS nº 557/2022 e estabelecem que: “O presente contrato entra em vigor em [data], mediante sua assinatura, e sua duração é, inicialmente, por um período de [prazo] meses.”

2.8. A **VisionMed** relatou que foram realizados 1.448 cancelamentos unilaterais de planos coletivos (empresariais ou adesão) por iniciativa da operadora e foram realizados 9.042 cancelamentos unilaterais por iniciativa dos estipulantes no período de janeiro de 2023 a julho de 2024. Os contratos da empresa possuem cláusula que prevê que a operadora ou a estipulante, após o período de 12 (doze) meses de vigência iniciais, poderá denunciar o contrato, a qualquer tempo, mediante aviso prévio por escrito. Especificou também que a comunicação acerca da rescisão contratual é feita mediante notificação à estipulante, enviada via Correios ou através de outras ferramentas hábeis de comunicação, com antecedência de 75 dias.

2.9. A **Amil** apresentou a seguinte resposta:

Na data-base consultada, anos 2023 e 2024, as rescisões unilaterais imotivadas solicitadas pela Amil, totalizam 29.437 mil rescisões, as quais representam 0,91% da base total de clientes ativos.

Vale aqui apenas uma informação a título de colaboração e para efeitos comparativos: As rescisões ocorridas em razão de solicitação dos beneficiários ou motivadas por descumprimento contratual por parte dos beneficiários (inadimplência/fraude) totalizaram a soma de 637.483 mil rescisões, no mesmo período.

No contexto das rescisões solicitadas pela AMIL, esclarecemos que foram motivadas por grave desequilíbrio econômico na carteira de beneficiários, desequilíbrio este considerado inviabilizador da aplicação de reajuste suportável pelos beneficiários. Importante destacar que a inviabilidade financeira é sempre da carteira total de beneficiários abrangidos em um determinado contrato, nunca de um beneficiário específico ou de um grupo de beneficiários dentro do mesmo contrato, ou seja, não tem nenhuma relação com demandas médicas ou quaisquer tratamentos específicos.

2.10. A **UNIMED** por sua vez:

Foram aproximadamente 13.000 contratos cancelados e foram somente coletivos.

A operadora alega que os cancelamentos foram regulares e seguiram as previsões contratuais e regulatórias. E ocorreram pelo fato dos preços aplicados a esses planos não foram capazes de suportar as diversas alterações regulatórias feitas pela ANS, como:

- a) Retirada de limitações da quantidade de sessões para tratamento de autismo;
- b) Atualização do rol de procedimentos cobertos de forma semestral e não mais bianual;
- c) Lei 14.454/2022 que tornou o rol de procedimentos exemplificativos para portadores de TEA.

Ademais, relata que houve prorrogação de contratos de beneficiários que estavam em tratamento.

2.11. Além disso, ela alega que foram seguidas as cláusulas contratuais de rescisão pactuadas entre as partes, que previam expressamente que após um prazo determinado, qualquer uma das partes poderia pleitear a rescisão contratual, mediante comunicação por escrito, com 60 dias de antecedência, sem quaisquer ônus. Foi relatado também que a operadora assinou um TAC com MPSP e que comprovou em 2023 que estava cumprindo as determinações tais como abordar os beneficiários de contratos cancelados e que estão com tratamentos autorizados e prestar-lhes toda a assistência. E quando o beneficiário precisasse de algum tratamento, único e continuado, é emitida uma autorização com validade posterior ao término do contrato.

2.12. A **SulAmérica** afirmou que age conforme as hipóteses de cancelamento e regras estabelecidas pelos contratos celebrados ou normativos da ANS para cada uma das três modalidades existentes de contratos de assistência suplementar à saúde (individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial). E que os cancelamentos não foram realizados em massa e unilateralmente, mas tão somente para fins de verificação e cumprimento do disposto em cláusula contratual, frente ao fim da condição de dependência econômica de beneficiários em relação aos titulares de planos individuais. Ademais, alega também que cumpriu as determinações de comunicação prévia de 60 (sessenta) dias por e-mail, ao titular e ao dependente, com comprovante de recebimento.

2.13. Quanto às associações de operadoras de planos de saúde, a **FenaSaúde** respondeu que não monitora as situações de cancelamentos/rescisões unilaterais por suas filiadas, posto que os questionamentos levantados dizem respeito à gestão empresarial individualizada das operadoras e que estas obedecem a legislação e os termos contratuais sobre o assunto.

2.14. Já a **ABRANGE** relatou:

A Abrange participou de reunião com o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, entidades representativas e operadoras de planos de saúde. Como consequência, os participantes assumiram os seguintes compromissos:

i. Em relação aos beneficiários vinculados a contratos coletivos por adesão, já notificados quanto à sua rescisão, as operadoras se comprometeram a manter a cobertura aos beneficiários internados, em ciclos de terapias oncológicas e que realizam terapia para transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e transtorno do espectro autista (TEA).

ii. Desde o dia 28 de maio estão suspensas novas notificações de rescisões unilaterais por motivo de desequilíbrio econômico-financeiro para contratos de plano coletivo por adesão. Considerando o anteriormente exposto e que os desdobramentos do tema exigem a elaboração de um diagnóstico setorial, com a consequente propositura de soluções, a ABRANGE vem à presença desta Secretaria expor o contexto atual e a necessidade de que se tenha um tempo hábil para fornecermos respostas aos questionamentos pertinentes à nossa atuação

enquanto associação representativa de Operadoras, motivo pelo qual se recomenda a extensão do prazo de esclarecimentos por mais 15 (quinze) dias úteis

2.15. Eis as respostas, em síntese, que sobrevieram às notificações às operadoras de planos de saúde e suas associações.

3. DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE

3.1. A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 1º, os fundamentos da República Federativa do Brasil, em especial, o da dignidade da pessoa humana, portanto, um valor maior reconhecido que serve como balizador para o nosso ordenamento jurídico e para a atuação de todos, tanto do Estado e da sociedade. Desse modo, não há como falar em Estado Democrático de Direito, sem que haja respeito aos direitos fundamentais. Assim, o direito à saúde ainda ganha maior destaque por ser intrinsecamente ligado ao direito à vida.

3.2. Ademais, cabe destacar que os serviços de saúde são de relevância pública, nos termos do art. 197 da Constituição Federal:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

3.3. Adicionalmente, na matriz constitucional, a defesa do consumidor é contemplada. Vale recordar que o art. 5º, XXXII, CF, elenca o direito do consumidor como direito e garantia fundamental e atribui ao Estado o dever de proteção. Em análise, é importante apontar o seguinte:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;

3.4. O retrato constitucional estabelece no seu principal artigo a diretriz de que não deve haver discriminação, pois todos somos iguais perante a lei. Qualquer diferenciação deve ser fundamentada na norma, buscando corrigir desigualdades e promover a igualdade. Essa é a essência por trás da criação e implementação do Código de Defesa do Consumidor: reconhecer a vulnerabilidade e garantir a proteção necessária.

3.5. O Código de Defesa do Consumidor, por sua vez, trouxe a vulnerabilidade entre os princípios da Política Nacional das Relações de Consumo (art. 4º, I), que conduz a aplicabilidade do Código. O sentido de existência do Código de Defesa do Consumidor está no reconhecimento da vulnerabilidade.

3.6. A vulnerabilidade funda-se na base dos princípios constitucionais da igualdade e da dignidade da pessoa humana^[1]. A incorporação, pela Constituição da República, de relações jurídicas, antes determinadas pelo direito civil, faz com que os direitos de titularidade dos sujeitos, destas relações jurídico-privadas, também comportem uma alteração qualitativa de *status*. Passam a se caracterizar como direitos subjetivos de matriz constitucional^[2], ou seja “um novo sujeito pós-moderno de direitos.”^[3]

3.7. Eis a premissa que elenca o direito do consumidor como direito fundamental (art. 5º, XXXII, CF) e princípio da ordem econômica (art. 170, V, CF). O direito do consumidor investe-se como um direito de proteção, “direito à proteção do Estado contra intervenções de terceiros” ou ainda “dever do Estado de promover este direito”^[4]

3.8. No tocante ao mercado de planos de saúde, a lei que regulamenta os planos de saúde, Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, dispõe:

Art. 1º **Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor)**, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (grifo nosso)

3.9. Além disso, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, insta mencionar a súmula nº 608 do que dispõe que “*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”, e, o Repetitivo nº 1082 que define a possibilidade ou não de cancelamento unilateral - por iniciativa da operadora - de contrato de plano de saúde (ou seguro saúde) coletivo enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave, de forma que 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. Cabe citar, este importante julgado:

"RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE. 1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "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 (mensalidade) devida." 2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos. 3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea b, e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013. 4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade. 5. Caso concreto: (i) a autora aderiu, em 1º.12.2012, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual o seu empregador era estipulante; (ii) no aludido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante em 14.12.2016, indicando o cancelamento da apólice em 28.2.2017; (iv) desde 2016, a usuária encontrava-se afastada do trabalho para tratamento médico de câncer de mama, o que ensejou notificação extrajudicial - encaminhada pelo estipulante à operadora em 11.1.2017 - pleiteando a manutenção do seguro-saúde até a alta médica; (v) tendo em vista a recusa da ré, a autora ajuizou a presente ação postulando a sua migração para plano de saúde individual; (vi) desde a contestação, a ré aponta que não comercializa tal modalidade contratual; e (vii) em 4.4.2017, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pelo magistrado de piso - confirmada na sentença e pelo Tribunal de origem - determinando que "a ré mantenha em vigor o contrato com a autora, nas mesmas condições contratadas pelo estipulante, ou restabeleça o contrato, se já rescindido, por prazo indeterminado ou até decisão em contrário deste juízo, garantindo integral cobertura de tratamento à moléstia que acomete a autora" (fls. 29-33). 6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual a fim de se afastar a obrigatoriedade de oferecimento do plano de saúde individual substitutivo do coletivo extinto, mantendo-se, contudo, a determinação de continuidade de cobertura financeira do tratamento médico do câncer de mama - porventura em andamento -, ressalvada a ocorrência de efetiva portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo atual empregador. 7. Recurso especial parcialmente provido. (STJ - REsp: 1846123 SP 2019/0201432-5, Data de Julgamento: 22/06/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJE 01/08/2022)"

(grifo nosso)

3.10. A Nota da ANS, sobre cancelamento e rescisão de contratos (SEI nº 28350109), esclarece que:

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(...)"

3.11. No tocante à regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde, algumas resoluções merecem destaque.

3.12. A Resolução Normativa nº 438/2018 que estabelece que 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., nos seguintes termos:

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.

3.13. Ao contexto, as operadoras foram notificadas novamente para responder se os consumidores com planos cancelados tiveram plena ciência do respectivo cancelamento.

3.14. Alguns dispositivos da Resolução Normativa nº 557/2022 cabem ser destacados, a seguir:

Art. 13. Caberá à operadora ou administradora de benefícios informar ao empresário individual contratante as principais características do contrato a que estão se vinculando, tais como o tipo de contratação, as regras de rescisão, na forma do artigo 14 desta resolução, e as regras de cálculo e aplicação de reajuste, segundo a regulamentação que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

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.

(...)

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.

3.15. Insta mencionar a recente decisão liminar da Juíza Substituta da 1ª Vara Cível de Brasília que determinou que "a Amil Assistência Médica Internacional S/A e a Allcare Administradora de Benefícios S/A não excluam dos planos de saúde pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), exceto em caso de inadimplemento, sob pena de multa diária de R\$ 50 mil. Além disso, a decisão estabelece que os segurados com TEA excluídos do plano de saúde deverão ter os contratos reestabelecidos, nas mesmas condições anteriores à rescisão contratual." em sede de ação civil coletiva apresentada pelo Movimento Orgulho Autista Brasil e pelo Instituto Pedro Araújo dos Santos. Vejamos:

[...]

O art. 300 do CPC dispõe que a "tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo".

Todos esses adjetivos a qualificar os requisitos se justificam na medida em que a tutela de urgência vulnera dois princípios processuais constitucionais importantes, quais sejam o direito ao contraditório e a ampla defesa.

De fato, a concessão da tutela de urgência é feita antes da instrução, e no mais das vezes antes até da citação, de forma que ainda não há manifestação daquele que vai sofrer seus efeitos, nem oportunidade de se contrapor aos fatos alegados.

Assim, a prova do direito deve ser robusta sem admitir qualquer dúvida acerca da viabilidade da ação, considerados os elementos já constantes do processo, visto que ainda não há contestação.

Da mesma forma, deve ser evidente o risco de dano irreparável ou de difícil reparação.

No caso, a matéria em análise colhe sua disciplina, inicialmente, do Código de Defesa do Consumidor conforme súmula editada pelo C. Superior Tribunal de Justiça, sob o verbete nº 469, que assim dispõe: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

A propedêutica também perpassa pela Constituição Federal, uma vez que o direito à saúde é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal, corolário do princípio da dignidade da pessoa humana, e se encontra incluído no rol dos direitos sociais, que encontra assento no artigo 196 da Constituição Federal, ao preconizar que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Nesse descortino, o artigo 197 da Lei Maior reza que:

"Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

Voltando ao âmbito infraconstitucional, a saúde suplementar, que até então não dispunha de regulamentação específica, passou a ser disciplinada pela Lei n.º 9.656/98, oportunidade em que o plano de saúde recebeu denominação legal, nos termos do artigo 1º, I, da in verbis: "prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor".

Assim, com o advento da legislação em comento, nota-se uma maior preocupação do Estado em imprimir a efetividade do direito à saúde, seja de forma direta, seja por intermédio da delegação da atribuição da execução de tais serviços a terceiros.

No caso em análise, ganha especial relevância a **Lei n. 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e dispõe acerca dos direitos básicos das pessoas nessa condição:**

"(...)

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

"..." [destacamos]

E lei em comento determina, **de forma clara e veemente**, um mandato (obrigação de fazer) aos planos privados de assistência à saúde, vejamos:

"Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o [art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#)."

Trata-se, como resta ineludível, **determinação mandatária aos planos de saúde**, advinda da lei, sequer havendo espaço para interpretação acerca do alcance da norma em comento.

[...]

O perigo da demora decorre do risco a que pessoas com TEA fiquem desamparadas nos cuidados essenciais ao quadro clínico, com incalculáveis prejuízos à condição basilar de sua dignidade (art. 1º da CF) e à saúde (art. 196 e 197 da CF).

Rememore-se que a Lei n. 12.764/2012 traz um plexo de deveres a todos os atores da sociedade, de promover a dignidade da pessoa autista, **sendo que em relação aos planos de saúde a obrigação hauriu-se, pelo legislador, conformada de forma direta e impositiva:**

"Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o [art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#)."

Nessa senda, tratando-se de pessoas albergadas por legislação especial, ademais, consumidoras de serviço cativo e essencial à garantia de sua saúde plena e vivência digna, o argumento financeiro **não pode sobrepor-se ao entrelaçamento de normas protetivas supra mencionadas, conformadas na base do devido processo legislativo, por notada ilegalidade nesse caso revelada.**

4. DA CONCLUSÃO

4.1. Diante ao exposto, em uma primeira análise, alguns pontos merecem destaque como a afirmação das operadoras de que os cancelamento de contratos de plano de saúde são referentes a coletivos empresariais ou por adesão e que a legislação prevê a hipótese de cancelamentos unilaterais nesse tipo de contrato. Quanto a contratos individuais ou familiares, afirmam as operadoras que boa parte dos cancelamentos ocorreram quando houve inadimplência por parte dos beneficiários.

4.2. No entanto, boa parte das empresas notificadas não apresentaram os dados de forma detalhada como solicitado. Assim, ao verificar a obrigatoriedade do dever de notificar ao consumidor por parte da operadora quando há cancelamentos contratuais e, considerando que as respostas foram incompletas, novas notificações foram expedidas às operadoras de plano de saúde para sanar pendências e comprovarem que estão cumprindo com as legislações pertinentes.

4.3. Além disso, ao analisar o mercado de consumo, foi observado que os consumidores estariam sendo privados de realizar exames e tratamentos ou tornando-se excessivamente oneroso para o consumidor usufruir desses serviços, por estar ocorrendo possíveis irregularidades quanto ao descredenciamento de prestadores de serviços de saúde, sendo necessário a solicitação dessas informações adicionais às Operadoras.

4.4. Com objetivo de se obter o máximo de informações pertinentes, associações que representam segmentos de consumidores e uma associação de membros do Ministério Público foram oficiadas para contribuírem no processo.

4.5. Assim, nesse momento processual, ainda não é possível formular conclusão sobre a matéria em exame, o que reforça a necessidade de novas notificações às operadoras de saúde, bem como comunicação com outras entidades, de modo, a subsidiar o processo para que seja possível realizar uma análise mais completa do mercado e da atuação das operadoras de plano de saúde, visando a proteção dos direitos consumeristas.

MARIA FERNANDA CASTRO VELLOSO
Coordenadora de Monitoramento de Mercado

DAIANE LOPES LIMA
Coordenadora-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado

VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA
Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor

[1] MARQUES, Cláudia Lima; MIRAGEM, BRUNO. O novo direito privado e a proteção dos vulneráveis. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

[2] MIRAGEM, Bruno. Curso de Direito do Consumidor. 6ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016, p. 58.

[3]] MARQUES, Claudia Lima. Direitos básicos do consumidor na sociedade pós-moderna de serviços: o aparecimento de um sujeito novo e a realização de seus direitos. Revista de Direito do Consumidor. nº 35. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000, p. 67.

[4] Bruno Miragem em Curso de Direito do Consumidor. 6ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016, p. 59.



Documento assinado eletronicamente por **Vitor Hugo do Amaral Ferreira, Diretor(a) do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor**, em 08/07/2024, às 16:54, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Daiane Lopes Lima, Coordenador(a)-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado**, em 08/07/2024, às 17:09, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA FERNANDA CASTRO VELLOSO, Coordenador(a) de Monitoramento e Mercado**, em 08/07/2024, às 17:11, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **28142336** e o código CRC **7DF787F4**

O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/acesso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.