

# CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

>> **A saúde suplementar** é prevista pelo artigo 199 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei 9.656/1998. A regulação setorial pertence à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961/2000. Em pouco mais de uma década, a saúde suplementar apresentou um processo de crescimento e hoje atende cerca de 25% da população brasileira, para um total de mais de 47 milhões de beneficiários.

O interesse dos brasileiros pelo plano de saúde está ligado à qualidade dos serviços prestados e à possibilidade de acesso ao sistema privado de saúde de forma célere, sob rigorosos padrões de exigência, o que, ao mesmo tempo, desperta expectativas dos usuários de que toda a estrutura física, tecnológica e humana esteja acessível a qualquer instante, nem sempre considerando um conjunto de regras e normas bastante claras em relação aos direitos e deveres dos envolvidos no contrato ora pactuado. Se o plano de saúde se converteu em objeto de desejo do brasileiro, torna-se importante haver clareza sobre os diplomas legais que regem o setor e o contrato entre as partes. Nesta publicação, trataremos das normas para o cancelamento do plano de

saúde, de acordo com o regulamento previsto pela ANS, conforme a modalidade do contrato (individual ou coletivo), sua regulamentação (anterior ou posterior à Lei 9.656/98), e a partir de quem solicita o cancelamento (beneficiário ou operadora).

É importante considerar que o princípio elementar da saúde suplementar se baseia no mesmo aplicado a qualquer seguro: o mutualismo. Por esse preceito, o sistema de saúde suplementar busca o equilíbrio econômico e assistencial a partir de alguns pactos entre os beneficiários, o que significa, na prática, que os mais jovens subsidiam parte dos custos de saúde dos idosos, e os que gozam de melhor saúde subsidiam parte dos custos dos menos saudáveis. Sem o mutualismo, os planos de saúde não teriam condições de se manter, pois haveria o estabelecimento da chamada “seleção adversa”: apenas usuários que necessitam daquele serviço pagariam para tê-lo. Caracteriza-se, assim, uma adesão ocasional somente para o cuidado de uma necessidade específica, sem a

intenção de prosseguir, deixando de contribuir para a mutualidade e comprometendo a sustentabilidade do fundo mantido pelos demais beneficiários a longo prazo.

Não menos importante é assinalar que, para a precificação justa, o modelo se baseia em projeções de custos, perfis epidemiológicos e demográficos, além de estimar a expectativa de vida dos usuários do sistema e assumir riscos inerentes à chamada “assimetria de informações” – ou seja, o desconhecimento prévio do histórico de saúde do beneficiário antes da assinatura de contrato e ingresso no plano.

O objetivo dessa publicação se limita a oferecer um conjunto de informações sobre o sistema de saúde suplementar e, assim, prover insumos técnicos referendados para a tomada de decisão.

---

*“TORNA-SE IMPORTANTE  
HAVER CLAREZA SOBRE  
OS DIPLOMAS LEGAIS  
QUE REGEM O SETOR E  
OS CONTRATOS ENTRE  
AS PARTES...”*

---

## UM OLHAR MAIS ATENTO

Os contratos devem ser analisados segundo sua modalidade de contratação:



### **Individual ou Familiar**

São aqueles contratados diretamente por pessoas físicas, individualmente ou com seus dependentes.



### **Coletivo empresarial**

a contratação é feita pelo empregador para seus funcionários e dependentes.



### **Coletivo por adesão**

a contratação é feita por sindicatos, associações, cooperativas etc. para seus associados e dependentes.

# COMO FUNCIONA: CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

As normas para cancelamento de plano de saúde são definidas de acordo com algumas variáveis.



## O tipo de contrato

## Quem pede o cancelamento

Modalidade de contratação	Data do contrato	
individual ou familiar	Antigo, não regulamentado à Lei 8.656/1998	Rescisão por parte da operadora
Coletivo empresarial	Antigo e adaptado	Pedido de cancelamento pelo beneficiário
Coletivo por adesão	Novo	



O contrato pode variar também conforme sua regulamentação em relação à Lei 9.656/1998:

### a) Anterior à Lei 9.656/1998

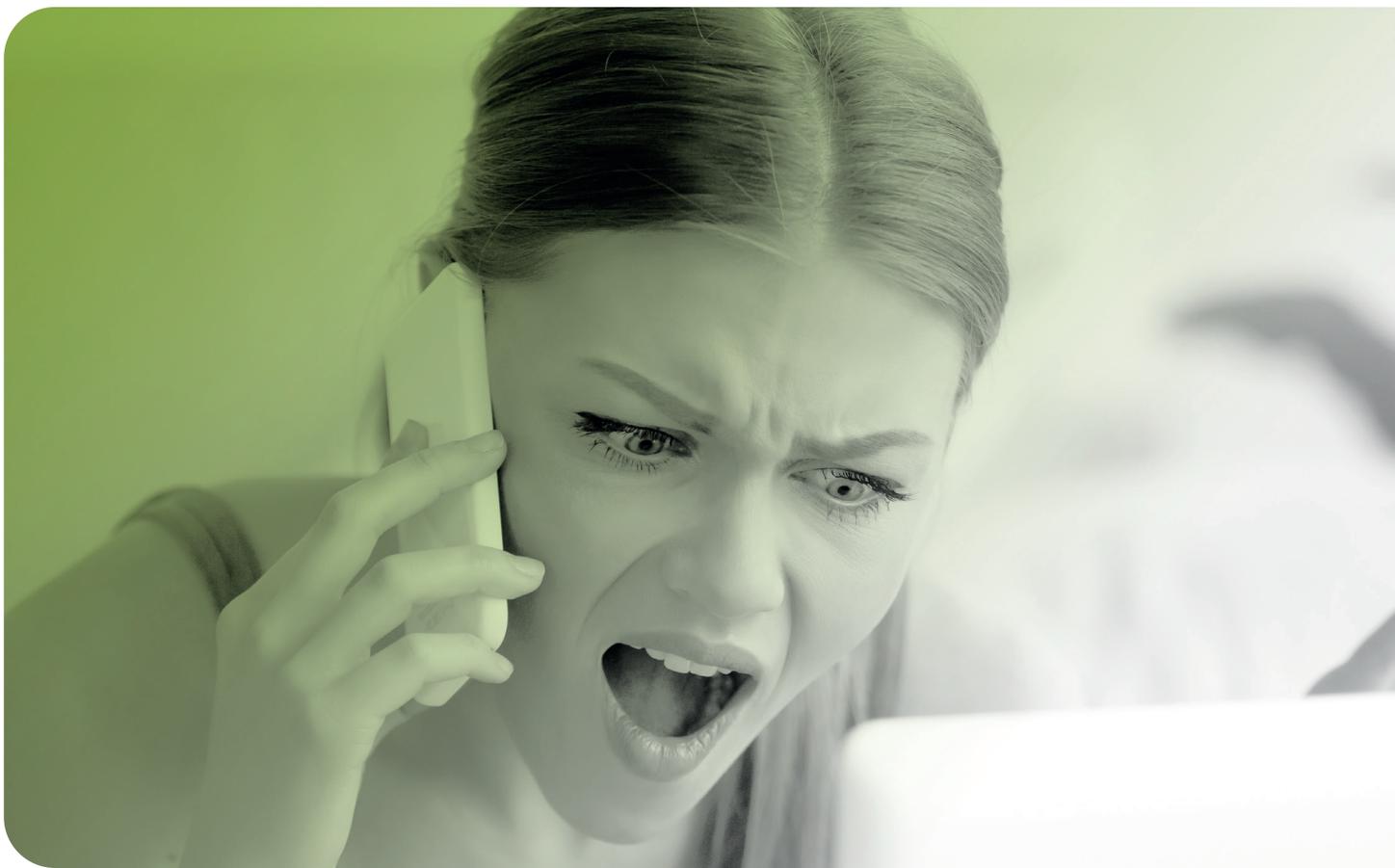
Contratos anteriores a 1998 e que não foram adaptados. Nesses casos, as regras a serem aplicadas serão aquelas estabelecidas entre as partes no próprio contrato.

### b) Adaptado à Lei 9.656/1998

Contratos firmados anteriormente a 1998 e que foram adaptados à legislação. Nesses casos, valem as regras da Lei 9.656/1998 e das normas da ANS.

### c) Posteriores à Lei 9.656/1998

Nos contratos posteriores, valem as regras da Lei 9.656/1998 e das normas da ANS.



## MODOS DE CANCELAMENTO

---

*“A OPERADORA DEVE PRESTAR ESCLARECIMENTOS IMEDIATOS SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DA SOLICITAÇÃO...”*

### **PELO BENEFICIÁRIO**

Feito o pedido de cancelamento, a operadora deve prestar esclarecimentos imediatos sobre as consequências da solicitação, e fornecer ao beneficiário os respectivos comprovantes. A partir desse momento, o plano de saúde estará cancelado para o titular e seus dependentes, ou para um ou mais de seus dependentes – caso o titular só tenha solicitado a exclusão de dependentes.

### **PELA OPERADORA**

A operadora pode cancelar o plano pela falta de pagamento das mensalidades ou se for constatada fraude. Nos contratos coletivos por adesão ou coletivo empresarial, se previsto em contrato, é permitido a rescisão imotivada pela operadora.



# ANALISANDO CASO A CASO: RESCISÃO PELA OPERADORA POR INADIMPLEMENTO

## **INADIMPLEMENTO EM CONTRATOS ANTERIORES À LEI 9.656/98 E NÃO ADAPTADOS**

Se o contrato for anterior à Lei 9.656/98 e não foi adaptado, não se aplicam as regras dessa legislação. Nesse caso, a rescisão por inadimplemento será feita em conformidade ao que estiver estabelecido nas próprias cláusulas contratuais. O beneficiário não estará desprovido de proteção contra práticas abusivas porque terá sempre a aplicação dos princípios constitucionais e as regras do Código de Defesa do Consumidor.

### **PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR**

O beneficiário deve solicitar da seguinte forma:

- Presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados.
- Pelo atendimento telefônico da operadora.
- Pela página da operadora na internet (nesse caso, a operadora deverá manter em seu portal corporativo acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS).

### **PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

O beneficiário deve solicitar da seguinte forma:

- Solicitar à empresa em que trabalha a sua exclusão ou a de um dependente do contrato de plano de saúde coletivo empresarial.
- A empresa tem até 30 dias para informar à operadora, para que esta tome as providências necessárias.
- Caso a empresa não cumpra este prazo, o funcionário poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora, que terá a responsabilidade de fornecer ao beneficiário o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão. O plano estará cancelado a partir desse momento.

### **PLANO COLETIVO POR ADESÃO**

O beneficiário deve solicitar da seguinte forma:

- O beneficiário titular poderá solicitar a exclusão tanto para a administradora ou sindicato que contratou o plano privado de assistência à saúde, quanto para a operadora.
- O beneficiário titular e seus dependentes serão excluídos de imediato e receberão os comprovantes necessários.

# INADIMPLEMENTO EM CONTRATOS ADAPTADOS OU POSTERIORES À LEI 9.656/1998

A Lei 9.656/1998, em seu Art. 13, inciso II, determina que a rescisão unilateral poderá ser feita pelo não pagamento de mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nesses casos, é de responsabilidade da operadora de saúde notificar o beneficiário pessoa física que o contrato está sendo rescindido por falta de pagamento da mensalidade. Essa notificação, como determina a lei, deve ser realizada até o 50º dia de inadimplência.

E se o contrato individual não adaptado não contiver regras claras sobre o modo de proceder em caso de rescisão por inadimplimento?

Nesse caso específico, a operadora deverá agir em conformidade com o que determinam as regras da Lei 9.656/1998, e a Súmula 28 da ANS.

**Em outras palavras, deverá notificar o beneficiário para informar:**

1. O valor exato e atualizado do débito.
2. As formas por meio das quais poderá ser feito contato com a operadora, inclusive para regularização da situação.
3. A rescisão ou suspensão unilateral do contrato em caso de não regularização da situação do consumidor.



# FORMAS DE NOTIFICAÇÃO

Estabelece a ANS que no caso de notificação pelo Correio com Aviso de Recebimento entregue no endereço do consumidor contratante, presume-se que o consumidor tenha sido notificado até apresentação de prova em contrário, não sendo necessária a assinatura no aviso de recebimento.

Essa medida se justifica porque nem sempre é possível obter a assinatura pessoal – embora, quase sempre, seja possível comprovar a entrega no endereço e a recepção por outro morador ou funcionário presente. Quando o endereço é comercial também é mais comum que toda a correspondência seja entregue na recepção da empresa, sem que o empregado seja chamado para assinar o aviso de recebimento.

Nos casos em que a operadora efetiva a entrega da notificação por seus próprios meios, utilizando, por exemplo, um empregado ou terceirizado, determina a Súmula 28 da ANS que a entrega deverá se dar em mãos próprias do consumidor contratante titular e, a assinatura deste é imprescindível para caracterizar a regularidade do ato.

Nos casos em que seja necessária a publicação de edital, a única recomendação da ANS é que o veículo de comunicação utilizado seja um jornal de grande circulação no endereço que a operadora tinha como sendo o do consumidor. É relevante destacar que a operadora de saúde informará na notificação a forma e o prazo para regularização da situação, indicando meio de contato para esclarecimentos.

## Alguns aspectos relevantes da notificação estão determinados na Súmula 28 da ANS:

- Identificação da operadora de plano de assistência à saúde, contendo nome, endereço e número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas.
- Identificação do consumidor.
- Identificação do plano privado de assistência à saúde contratado.
- Valor exato e atualizado do débito.
- Período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento absoluto ou relativo constatados na data de emissão da notificação.
- Forma e prazo para regularização da situação do consumidor, indicando meio de contato para o esclarecimento de dúvidas.
- Rescisão ou suspensão unilateral do contrato em caso de não regularização da situação do consumidor.

### A ANS, na mesma Súmula 28, permite que a notificação seja realizada segundo as alternativas:

- Correio com Aviso de Recebimento.
- Meios próprios da operadora.
- Edital publicado em jornal de grande circulação do último domicílio conhecido do consumidor.

## RESCISÃO OU SUSPENSÃO DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO

É expressamente vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante o período de internação do titular ou do dependente, nos casos de plano privado de assistência à saúde de contratação individual ou familiar.

## INFORMAÇÕES RELEVANTES

A Súmula 28 da ANS permite que informações opcionais e complementares, baseadas em fatos verídicos, possam ser inseridas na notificação. Prevê, expressamente, a possibilidade de:

- Inscrição do devedor em cadastros restritivos de crédito.
- Cobrança da dívida por meios legalmente permitidos.
- Novas contagens de carência e de cobertura parcial temporária.

Em nenhuma hipótese as informações poderão ser fornecidas com intuito de constranger ou ameaçar ou, ainda, com uso de linguagem técnica e complexa que confunda o consumidor ou desvirtue a finalidade da notificação.

### **A operadora de saúde deverá notificar a empresa contratante sobre as alternativas:**

- Viabilizar oportunidade para pagamento dos valores em débito.
- Notificar o cancelamento do contrato de saúde suplementar caso não sejam efetuados os pagamentos dos valores em débito.





## RESCISÃO PELA OPERADORA POR FRAUDE

**A operadora pode rescindir o contrato se for constatada fraude por parte do beneficiário.**

Entende-se por fraude irregularidades, como por exemplo:

- **Mentir** sobre **doença preexistente**;
- **Emprestar** a carteira do plano **para outra pessoa**;
- **Alteração** da **data de nascimento** de titular.



## RESCISÃO PELA OPERADORA POR INADIMPLEMENTO EM CONTRATOS COLETIVOS

**Os contratos coletivos podem ser divididos em:**

- Coletivos por adesão:** Nos primeiros, a adesão é feita por contratos que são firmados por associações, fundações ou sindicatos.
- Coletivos empresariais:** Na segunda modalidade, a contratação é feita pela empresa na qual o beneficiário trabalha e costuma integrar um pacote de benefícios oferecido ao empregado. Nessa modalidade, portanto, o beneficiário está secundado por seu próprio empregador, que pode representá-lo quando necessário para a solução de possíveis dificuldades com a operadora de saúde.

# RESCISÃO PELA OPERADORA POR INADIMPLENTO EM CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO

A Resolução nº 195, de 2009, da ANS, em seu artigo 17, parágrafo único, prevê a possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo.

**Para isso, deverão ser obedecidos dois requisitos:**

1. Previsão dessa possibilidade no contrato firmado entre as partes.
2. Notificação com antecedência mínima de 60 dias.

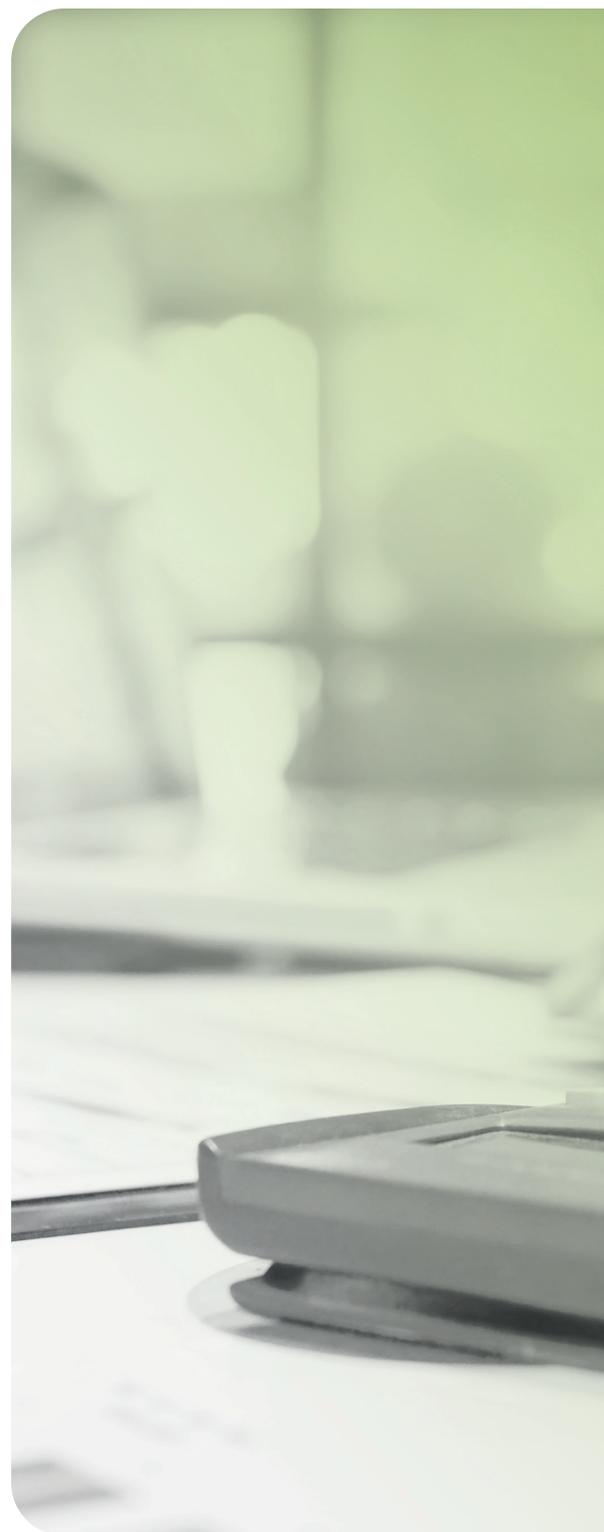
**A notificação deverá conter informações que viabilizem os objetivos acima, em especial:**

- Identificação da operadora.
- Identificação do contratante.
- Identificação do plano privado de saúde suplementar firmado entre as partes.
- O valor do débito devidamente atualizado e o período a que se refere a inadimplência.
- Possibilidade de regularização e meios de contato que deverão ser utilizados.
- Como ocorrerá a rescisão em caso de não pagamento dos valores em atraso.

**O contratante poderá ser informado, ainda, sobre a possibilidade de:**

- Inscrição de seu nome como devedor em cadastros restritivos de crédito.
- Cobrança dos valores em débito pelos meios legalmente permitidos.
- Novos prazos de contagem para carência e cobertura parcial temporária em caso de retomada da contratação com pagamento dos valores em atraso.

A notificação poderá se constituir em oportunidade para a elaboração de um acordo entre as partes, com objetivo de quitação do débito em parcelas que poderão ser acrescidas aos valores da mensalidade.

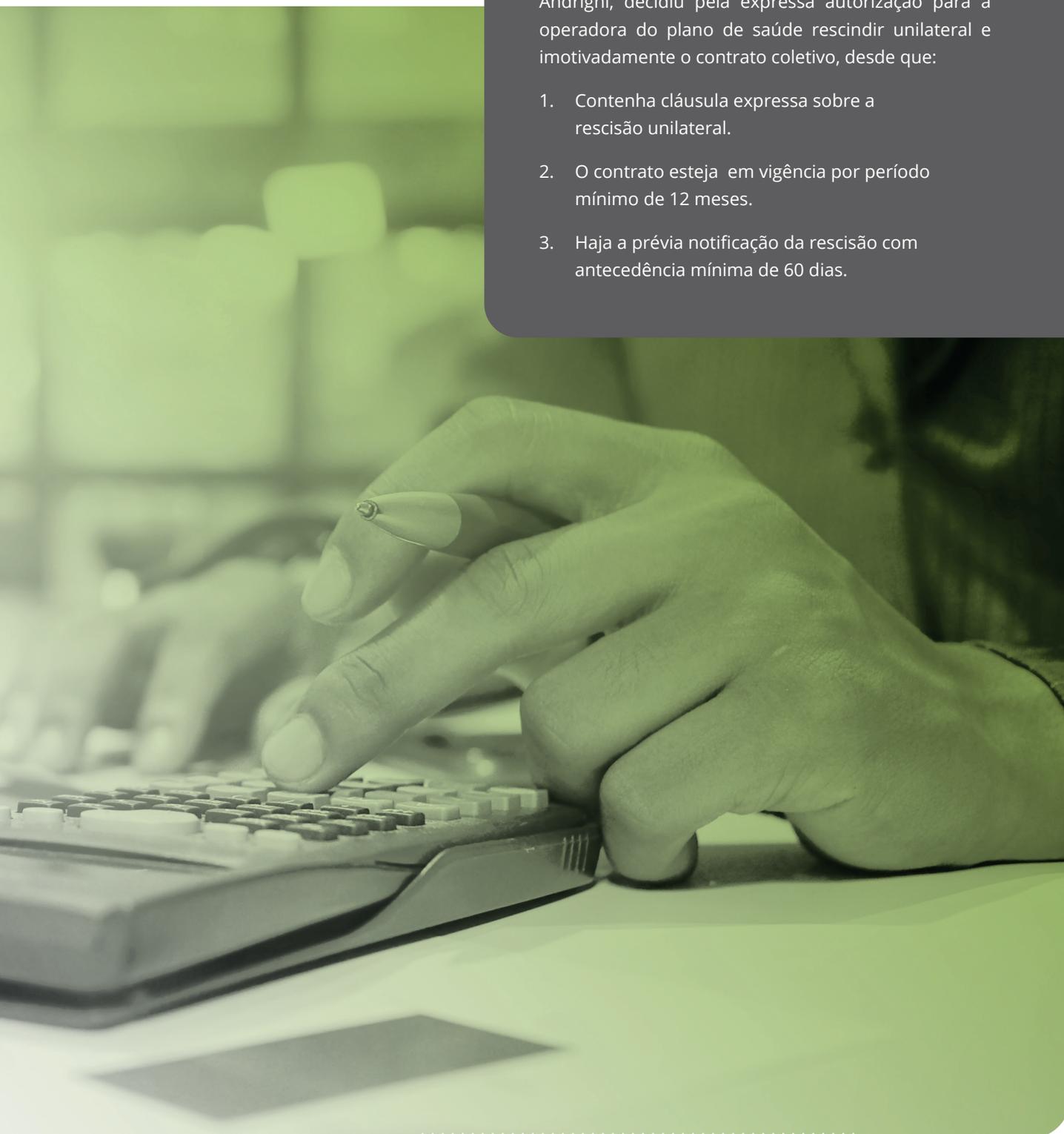




#### EXEMPLO PRÁTICO

Em 6 de fevereiro de 2018, no julgamento do Recurso Especial nº 1.680.045 – SP (2017/0146862-0), o Superior Tribunal de Justiça, em voto da Ministra Nancy Andriahi, decidiu pela expressa autorização para a operadora do plano de saúde rescindir unilateral e imotivadamente o contrato coletivo, desde que:

1. Contenha cláusula expressa sobre a rescisão unilateral.
2. O contrato esteja em vigência por período mínimo de 12 meses.
3. Haja a prévia notificação da rescisão com antecedência mínima de 60 dias.



## Saiba mais

Para referências técnicas e glossários dos termos utilizados nesse produto, acesse o aplicativo do pncard ou no site [www.jurishealth.com.br](http://www.jurishealth.com.br)

Agradecemos a assessoria técnica conferida ao JurisHealth pelos escritórios de Direito Conde & Advogados, Alencar e Fontana Advogados e Carlini Sociedade de Advogados.

JurisHealth é uma iniciativa que visa fornecer referências técnicas e analíticas a respeito do sistema de saúde suplementar do Brasil e, assim, prover elementos consistentes para avaliar controvérsias levadas aos tribunais. Trata-se de um esforço articulado entre profissionais da Saúde, do Direito e da Comunicação, visando melhorar a compreensão em torno de temas relevantes do setor de saúde. O foco está, portanto, na apresentação das regras e normas e, principalmente, em assegurar o equilíbrio econômico, financeiro e assistencial do sistema.

Foram desenvolvidos conteúdos relacionados aos temas assistenciais e não assistenciais na saúde suplementar, considerando alguns dos assuntos mais recorrentes na chamada “Judicialização da Saúde”.

Visite [www.jurishealth.com.br](http://www.jurishealth.com.br) para acessar um compêndio de decisões judiciais sobre os mais distintos temas pertinentes à saúde suplementar, com abrangência nos Estados e diversas instâncias do Poder Judiciário.

**I E S S**  
INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Projeto gráfico e editorial 

**Superintendente Executivo do IESS:** José Cechin;  
**Coordenação editorial:** Jander Ramon e Patrícia Queiroz; **Jornalista responsável:** Jander Ramon - MTB 29.269;  
**Textos e revisão:** Lucas Soares; **Projeto gráfico e diagramação:** Carlos Tartaglioni