



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Secretaria de Relações Institucionais
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares
Gabinete/Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

OFÍCIO Nº 89/2026/INDIC-PARLAMENTAR/SEPAR/SRI/PR

Brasília, na data da assinatura.

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Federal **CARLOS VERAS**
Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados
Câmara dos Deputados - Praça dos Três Poderes
CEP 70160-900 - Brasília DF

Assunto: Indicação Parlamentar Nº 1946/2024, de autoria do Deputado Federal Amom Mandel (CIDADANIA/AM)/Encaminha Resposta.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 00001.000824/2026-17

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, dirijo-me a Vossa Excelência, em nome da Sra. Ministra de Estado da Secretaria de Relações Institucionais, para reportar-me ao **OFICIO 1367/2025 /ASPAR/MS (7333274) e seus anexos**, do Ministério da Saúde que apresenta **análise e manifestação** acerca da **Indicação Parlamentar n.º 1946/2024, de autoria do Deputado Federal Amom Mandel, que "Sugere ao Ministério da Saúde o fortalecimento da fiscalização das operadoras de planos de saúde para garantir a adesão e a prestação adequada de serviços a consumidores vulneráveis, especialmente crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)."**

2. Na oportunidade, renovo votos de distinta consideração e apreço.

Respeitosamente,

ANDRÉ CECILIANO
Secretário Especial
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares
Secretaria de Relações Institucionais/PR

Anexos:
OFICIO 1367/2025 /ASPAR/MS e Anexos (7333274)



Documento assinado eletronicamente por **André Luiz Ceciliano, Secretário Especial**, em 02/03/2026, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, 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 informando o código verificador **7378303** e o código CRC **D0701D4B** no site:

https://protocolo.presidencia.gov.br/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 00001.000824/2026-17

SEI nº 7378303

Palácio do Planalto - 4º andar - Sala 408 - Telefone: (61) 3411-1440/1441/3388

CEP 70150-900 - Brasília/DF - <https://www.gov.br/planalto/pt-br>



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1367/2025/ASPAR/MS

Brasília, 10 de novembro de 2025.

A Senhora
ELISA PELLEGRINI
Assessora Especial
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares
Secretaria Especial de Relações Institucionais
Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 1.
Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 1946/2024**

Senhora Assessora Especial,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 1183/2024/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0045285459), de 23 de dezembro de 2024, acompanhado da **Indicação Parlamentar n.º 1946/2024** (0045285500), de autoria do **Deputado Federal Amom Mandel**, que "**Sugere ao Ministério da Saúde o fortalecimento da fiscalização das operadoras de planos de saúde para garantir a adesão e a prestação adequada de serviços a consumidores vulneráveis, especialmente crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).**"
2. Em resposta à referida Indicação, encaminho o **Ofício nº 30/2025/ASPAR/PRES** (0047184154), elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pela área técnica sobre o assunto.
4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos



Documento assinado eletronicamente por **Vivian Oliveira Mendes, Chefe da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos**, em 06/02/2026, às 13:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0051653658** e o código CRC **DCA50C49**.

Referência: Processo nº 25000.198170/2024-21

SEI nº 0051653658

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Av. Augusto Severo, 84 - Bairro Glória Telefone: 0800 701 9656
CEP 20021-040 Brasília/RJ - <http://www.ans.gov.br>

Ofício nº: 30/2025/ASPAR/SECEX/PRESI

Brasília, 03 de abril de 2025.

Ao Senhor
Francisco José D'Angelo Pinto
Chefe da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos
Ministério da Saúde

Assunto: Indicação nº 1946/2024 – Deputado Federal Amom Mandel

Senhor Chefe,

Cumprimentando-o, reporto-me à Indicação nº 1946/2024, de autoria do Deputado Federal Amom Mandel (Cidadania/AM), por meio do qual sugere ao Ministério da Saúde o fortalecimento da fiscalização das operadoras de planos de saúde para garantir a adesão e a prestação adequada de serviços a consumidores vulneráveis, especialmente crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Em atenção à iniciativa parlamentar, seguem a seguir importantes esclarecimentos técnicos acerca da atuação desta Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Da Atuação Fiscalizatória da ANS

- Dinâmica das atividades fiscalizatórias:

Inicialmente, torna-se oportuno aclarar que o exercício da fiscalização *strito sensu* no setor de saúde suplementar. Para o cumprimento dos deveres atribuídos, esta Diretoria estabeleceu em sua atuação, basicamente, dois tipos de fiscalização: a proativa e a reativa. As duas frentes de trabalho têm como norte a indução de boas práticas, visando a mudança de comportamento do agente regulado.

A fiscalização proativa compreende o planejamento de uma ação fiscalizatória mais ampla e planejada, visando à otimização de esforços. Hoje vem sendo conduzida pelas Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APF), iniciado em agosto de 2023 e que se baseia na regulação responsiva. Em linhas gerais, esclareça-se que a APFF tem como objetivo a seleção de operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, cuja atuação seja objeto de demandas recorrentes de beneficiários, de acordo com índices estabelecidos pela ANS, em especial o Índice Geral de Reclamações (IGR), com vistas ao incentivo ao exercício da autorregulação, através da identificação das suas causas e a adoção de medidas para a sua adequação ou correção, e posterior acompanhamento, sem perder de vista critérios de exclusão e capacidade operacional frente aos recursos humanos disponíveis.

Em seu turno, a fiscalização reativa, em linhas gerais, tem como insumo a reclamação dos próprios beneficiários, seus interlocutores (canais de atendimento da ANS) ou por meio de órgãos externos, tais como o ora demandante, o Poder Judiciário e a Defensoria Pública (demandas institucionais). Recebidas essas demandas, a condução é feita pelo tratamento individualizado dado à conduta relatada, com fase prévia processual denominada Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, instrumento que visa a solução de conflito entre beneficiário e sua operadora ou administradora de benefícios. Frustrada a resolução consensual do conflito e esgotada a fase pré-processual, processo administrativo sancionador será instaurado (arts. 5º e seguintes da Resolução Normativa - RN nº 483/2022).

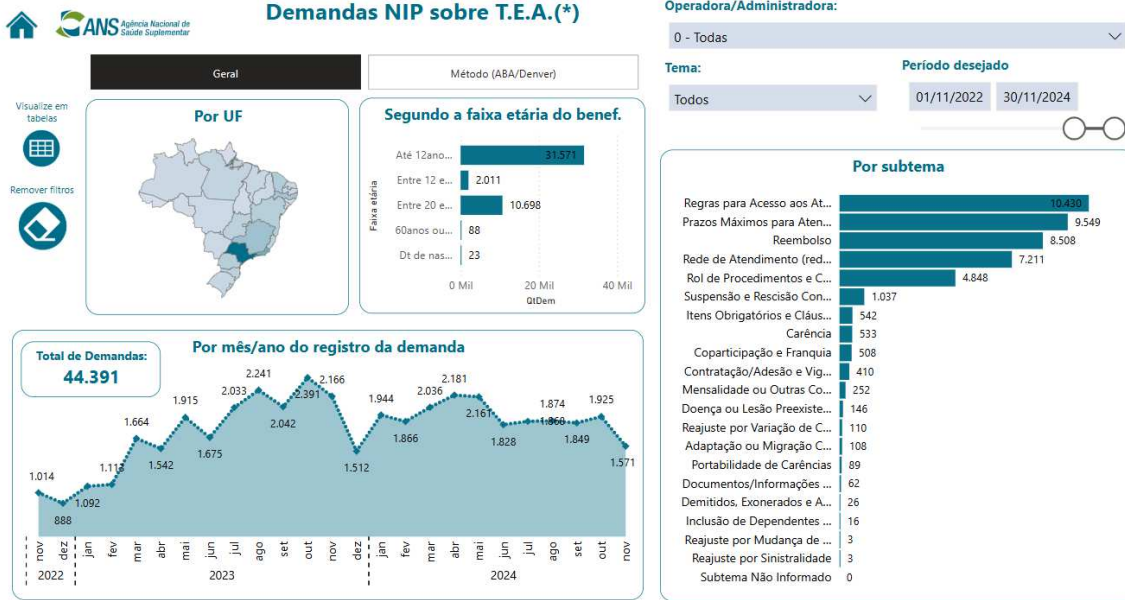
Assim, caso não alcançado o objetivo de solução pacífica da demanda, auto de infração é lavrado, com abertura de contraditório e ampla defesa, podendo, ao final do processo, ser aplicada penalidade, nos termos do art. 25 da Lei nº 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 489/2022.

Ainda no âmbito da fiscalização reativa, não havendo beneficiário identificado, mas, caso a conduta relatada indique a ocorrência de suposto indício de infração à saúde suplementar, instaura-se o Procedimento Administrativo Preparatório – PAP, também como etapa prévia à abertura de processo administrativo sancionador.

Cumpra fazer referência ao rito da representação, instaurado no âmbito das demais diretorias da ANS, cujo exercício da atividade fiscalizatória encontra-se disciplinado no art. 25 da RN nº 483/2022. Nesse contexto, os procedimentos de representação são iniciados pelos órgãos técnicos e, após a análise conclusiva sobre a configuração ou não da infração objeto de apuração, devem ser direcionados à Diretoria de Fiscalização da ANS para serem proferidas decisões de primeira instância.

- Das Pesquisas de Reclamações Recepcionadas pela Agência

Esclarecidas as premissas acima, o tema relacionado aos beneficiários enquadrados no perfil do Transtorno do Espectro Autista tem sido objeto de articulação recorrente com a ANS. Por essa razão, a Diretoria de Fiscalização da ANS divulga no site institucional a performance da curva de demanda desses casos pela plataforma PowerBI que permite um retrato atualizado do mercado regulado, bem como a especificação por operadora, pela temática da infração da demanda recepcionada ou outros filtros combinados. Abaixo se insere uma cópia do atual contexto de demandas do setor:



Esse estudo por ser conferido no link: <https://tinyurl.com/278r9enk>.

As reclamações em comento são processadas no fluxo da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, instrumento regido pela Resolução Normativa - RN nº 483/2022, que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde/Administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual. Frustrada a resolução consensual do conflito, subsistindo indícios de infração, processo administrativo sancionador poderá ser instaurado, nos termos do mencionado normativo. Nesse sentido, reforça-se que as demandas ora citadas não necessariamente representam infração à legislação referente à saúde suplementar, o que será aferido no regular fluxo de análise de demanda.

Há, portanto, reclamações ainda objeto de apuração por parte dessa Agência, sendo necessária a devida prudência quanto à interpretação dos quantitativos citados, notadamente quanto ao seu suposto enquadramento como infração à legislação setorial, uma vez que os casos ainda se encontram pendentes de análise, excetuados aqueles em que já se chegou a uma resolução de conflito entre operadora e beneficiário ou já transitou em julgado em fase processual, nos termos dos normativos vigentes.

Ante o exposto, verifica-se que quanto às medidas adotadas nos casos identificados nas referidas consultas, a ANS abriu demanda e prosseguiu com o feito na forma dos normativos vigentes.

Fundamental ressaltar que, em virtude das limitações naturais que a busca por palavras-chave possui, é possível que a pesquisa apresente algumas imprecisões em relação ao que foi solicitado, haja vista que considera o relato apresentado pelo beneficiário quando do registro da demanda de reclamação perante a ANS.

A presente manifestação complementar é para demonstrar que a Diretoria de Fiscalização atua de forma contínua em relação a esses temas e outros.

Ademais, informa-se que recentemente a ANS publicou no Diário Oficial da União (DOU) a Resolução Normativa 623/24, que traz novas regras a serem observadas pelas operadoras e pelas administradoras de benefícios diante das solicitações de beneficiários em qualquer modalidade de contratação. O normativo estabelece diretrizes para o atendimento, como a transparência, a clareza e a segurança das informações, a rastreabilidade das demandas e a cortesia no relacionamento com o consumidor. Pretende-se fortalecer ainda mais o empoderamento informacional do consumidor ao usar essas plataformas das operadoras em suas solicitações, de modo a mitigar a sua hipossuficiência.

Oportuno ainda mencionar o Programa Parceiros da Cidadania, que busca a integração do trabalho desenvolvido pela ANS e os órgãos partícipes (do Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e Órgãos de Defesa do Consumidor) e, desta forma, cria canais de comunicação e intercâmbio de informações técnicas e experiências com vistas à construção de espaços permanentes de discussão e debate, privilegiando a prevenção e mediação de conflitos, de modo a conferir maior eficácia na proteção e defesa do consumidor de planos de assistência à saúde. Maiores informações sobre o citado Programa podem ser encontrados por meio do link <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/parceiros-da-cidadania>

Outro aspecto que merece ser mencionado se refere à notória carência de servidores experimentada pelas Agências Reguladoras, incluindo-se aqui a ANS. De outra sorte, a deficiência/necessidade de melhoria no que se refere a recursos tecnológicos para fins de uma maior ampliação/implementação de novas tecnologias que poderiam incrementar as atividades fiscalizatórias, tornando-as mais eficientes.

Por todo o exposto, depreende-se que a atuação da ANS, com limitados recursos humanos e orçamentários, exerce o seu papel fiscalizatório, sendo marcado pelo exercício das atribuições dentro dos parâmetros estabelecidos na regulamentação setorial, sendo possível observar tanto a efetividade do instrumento de mediação da NIP, como o resultado da fiscalização em sentido estrito, nos casos em que se prossegue com a abertura do processo administrativo sancionador, conforme previsto normatização aplicável.

Forma de Regulação Adotada para Reajustes em Contratos Coletivos

Os parâmetros para o reajuste nos contratos coletivos são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes.

Nos contratos coletivos com 30 ou mais vidas, os reajustes são negociados pela Pessoa Jurídica Contratante ou pela Administradora de Benefícios que estipula o contrato.

Já nos contratos coletivos com menos de 30 vínculos, a Operadora deve aplicar um percentual único de reajuste por tipo de agrupamento (art. 37, RN 565/22).

Essa forma de regulação considera:

- Menores custos na celebração de contratos coletivos em comparação aos individuais, favorecendo a competição entre operadoras;
- Maior número de operadoras ofertantes e produtos disponíveis, conferindo maior poder de escolha às Pessoas Jurídicas Contratantes;
- Participação de uma Pessoa Jurídica na negociação de reajustes; e

- Maior mobilidade de beneficiários vinculados à contratos coletivos com trinta ou mais vidas devido à possibilidade de contratação de um novo plano sem carências.

Apesar da possibilidade de negociação dos reajustes, a regulação estabelece que a Operadora deve justificar o percentual de reajuste proposto e disponibilizar seus cálculos para conferência da Pessoa Jurídica e beneficiários. Essa obrigatoriedade está prevista no artigo 14 da Resolução ANS nº 509 de 2022.

- Fatores que Influenciam o Comportamento dos Reajustes

Alguns fatores podem justificar as diferenças nos percentuais de reajustes aplicados entre contratos coletivos, destacando-se:

a) Preço de entrada do produto

Operadoras necessitam fundamentar a formação inicial do preço de seus produtos através do instrumento denominado Nota Técnica de Registro do Produto - NTRP (RN nº 564/2022). Na NTRP, as operadoras definem, a partir de uma estimativa de custos e margem de lucro, o valor comercial do plano. Preços de entrada mais baixos comparados a contratos que oferecem produtos similares podem ocasionar reajustes mais elevados decorrentes do perfil de utilização de serviços de saúde no contrato e do parâmetro utilizado na cláusula de reajuste.

b) Perfil de utilização de serviços de saúde do contrato

Os reajustes dos planos de saúde são calculados a partir da variação combinada do preço dos procedimentos e da frequência de utilização de serviços, caracterizando-se como um índice de custos/valor. Índices de custos/valor são aqueles que consideram tanto a variação de preços como a variação nas quantidades dos insumos utilizados. As diferenças no perfil de utilização de serviços de saúde entre os contratos influenciam os reajustes dos planos e não são captados em índices gerais de preços, tais como o IPCA ou IGP, pois estes consideram apenas variação de preços dos procedimentos.

c) Tipo de cláusula de reajuste negociada entre as partes

Em contratos coletivos, as cláusulas são livremente negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde. A negociação entre cláusulas que contenham índices de preços ou determinado patamar de sinistralidade (ex.: 70%, 75%, 80%) influenciará diretamente o resultado do índice de reajuste apurado.

d) Tamanho da carteira de beneficiários

O sistema de financiamento dos planos de saúde privados é baseado no mutualismo. Assim, quanto maior o número de beneficiários em um contrato, maior é a diluição de risco e menor é a possibilidade de que alguns eventos de assistência à saúde, isoladamente, tenham impacto significativo na carteira, causando um desequilíbrio entre receitas e despesas e aumentando a necessidade de reajuste da carteira. Por isso, contratos coletivos com reduzido número de vidas estão mais sujeitos a percentuais de reajustes considerados elevados.

Atenta a este aspecto, a ANS editou a Resolução Normativa nº 309 de 2012 (substituída pela RN nº 565/2022), pela qual as operadoras de planos de saúde devem reunir em um grupo único os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual anual de reajuste. Em contratos empresariais com mais de 30 vínculos, apesar de não existir obrigatoriedade da constituição de um agrupamento de contratos pelas operadoras, o grupo de beneficiários pode aderir a um novo plano de saúde sem cumprimento de carências (RN 195/09, substituída pela RN nº 557/2022), o que confere maior poder de negociação nos reajustes e maior mobilidade no mercado de planos de saúde privados.

- Atuação Regulatória sobre Reajustes em Contratos Coletivos

A atuação regulatória sobre reajustes dos planos coletivos consiste em estabelecer regras, monitorar reajustes aplicados, promover a transparência e apurar as denúncias recebidas.

a) Regramento de reajustes: Tipos de cláusulas de reajustes (RN 565/2022)

A RN nº 565/2022 traz os principais regramentos sobre as cláusulas de reajustes dos contratos coletivos.

Art. 24. Nenhum contrato coletivo poderá sofrer qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária em periodicidade inferior a doze meses, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998, bem como a regra prevista no art. 11-A da Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, ou outra norma que vier a sucedê-la.

Art. 25. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

Art. 26. A data-base de reajuste de um contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo poderá ser alterada pela vontade dos contratantes, desde que a referida modificação não viole a regra da periodicidade anual disposta no art. 24 desta Resolução.

Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:

I – deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;

II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.

b) Regramento de reajustes: obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos com menos de 30 vínculos para fins de cálculo e aplicação de reajuste (RN 565/2022)

Desde a edição da RN nº 309/2012 (sucetida pela RN nº 565/2022), a ANS estabeleceu um regramento próprio para o reajuste aplicado aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários. De acordo com este normativo, os reajustes anuais dos planos coletivos de todos os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários de uma determinada operadora devem ser calculados através do agrupamento desses contratos (Pool de Risco), resultando assim em um único percentual a ser aplicado. A ANS pretendeu com esta medida introduzir um maior mutualismo para o cálculo do reajuste e a redução do risco de cada contrato, que ficaria melhor distribuído e diluído dentro de um grupo maior.

c) Monitoramento: obrigatoriedade do envio do comunicado de reajuste dos planos coletivos (RN 565/2022)

As operadoras que comercializam planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecida, independentemente da data da celebração do contrato, devem comunicar à ANS os reajustes aplicados, tanto os positivos como os negativos.

d) Monitoramento: obrigatoriedade de ampla divulgação dos reajustes em contratos agrupados (RN 565/2022)

As operadoras ficam obrigadas ainda a divulgar o percentual de reajuste em seu endereço eletrônico na internet, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, devendo também identificar os contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos. Também deve ser observada a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, bem como o envio do comunicado de reajuste pelo sistema RPC.

e) Monitoramento: Visitas Técnicas de Monitoramento Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (IN ANS Nº 4)

A visita técnica de monitoramento econômico-financeiro e atuarial dos produtos consiste em medida administrativa realizada nas instalações da operadora de planos de assistência à saúde e tem como objetivo monitorar e averiguar a confiabilidade das informações enviadas à ANS relacionadas à formação de preço dos produtos de assistência à saúde e dados de variação de custos nos planos individuais/familiares e coletivos, à evolução dos preços de produtos ou planos de assistência à saúde, prestadores de serviços e insumos, aos dados econômico-financeiros e assistenciais dos produtos oferecidos e mantidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde e aos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde.

f) Transparência: Base de comunicados de reajustes em planos coletivos no Portal de Dados Abertos

Desde julho de 2019, a ANS disponibiliza em seu Portal de Dados Abertos, dados de comunicados de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos com modalidade de financiamento pré-estabelecido por contrato e plano de cada operadora. A publicação possibilita a consulta dos reajustes aplicados por operadoras e produtos e está disponível em <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/reajuste-de-planos-coletivos>

g) Transparência: Painel de Reajustes de Planos Coletivos

Desde julho de 2021, dando continuidade ao aprimoramento do processo de análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à autarquia pelas operadoras de planos de saúde, a ANS disponibilizou um Painel de Reajustes de Planos Coletivos em seu portal eletrônico (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiajU5NGM1Y2YtMjY1OC00NGNkLTI0OGYtYTlxM2JiMmlyZTU3IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNmVmYmU=>)

Trata-se de um painel dinâmico com dados sobre reajustes aplicados aos contratos coletivos de assistência médica empresariais e por adesão e que representa mais uma importante iniciativa da ANS para ampliar a transparência de dados do setor de planos de saúde, facilitando o acesso à sociedade e promovendo mais concorrência no mercado.

h) Transparência: obrigatoriedade de justificar reajustes aplicados ao contratante

Os percentuais de reajustes aplicados em contratos coletivos necessitam ser justificados. Conforme previsto na Resolução Normativa ANS nº 509, de 2022, as operadoras devem disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo um extrato pormenorizado em formato eletrônico contendo o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo pelo menos 30 (trinta) dias antes da aplicação do reajuste. Após a aplicação do reajuste, esse extrato poderá ser solicitado pelo beneficiário a sua operadora ou administradora de benefícios terá prazo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

i) Fiscalização: Apuração de denúncias

Em síntese, após o registro da reclamação de um beneficiário(a), é instaurado um Procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP à Operadora reclamada. Após resposta da Operadora e consulta aos parâmetros de verificação da regularidade do reajuste (cadastro do beneficiário(a), cópia do contrato, memória de cálculo/anuência do contratante e outros documentos anexados na demanda) é elaborado de um Relatório. As demandas que permanecem com indícios de infração geram um processo administrativo sancionador para apurar a infração de *exigir, cobrar ou aplicar variação ou reajuste da contraprestação pecuniária em desacordo com a lei, a regulamentação da ANS ou o contrato.*

Dos Contratos de Planos de Saúde

Informamos que a ANS não possui registro de contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados entre operadoras e pessoas físicas ou jurídicas, tampouco é informado à Agência qual é o perfil epidemiológico dos beneficiários que fazem parte dos contratos de planos de saúde, cabendo a esta Autarquia estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.

Cabe observar, no entanto, que a ANS exige o registro de todas as informações dos planos de saúde para que estes sejam comercializados pelas operadoras, por meio do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS/ANS, o qual contém as características de todos os planos de saúde disponibilizados pelas operadoras.

Embora não exista no âmbito deste órgão regulador o registro individual de cada contrato celebrado com pessoas físicas ou jurídicas, a ANS estabeleceu o "Manual de elaboração dos contratos de planos de saúde" com as regras gerais para os contratos de planos de saúde (Anexo I, da IN ANS nº 28/2022, que substituiu a IN DIPRO nº 23/2009).

Desta forma, os contratos celebrados entre as operadoras e seus contratantes devem refletir as disposições regulatórias vigentes à época da contratação, bem como as informações específicas relacionadas às características do plano de saúde registrado ao qual ele se vincula, **não** sendo encaminhados a esta agência cópias de cada regulamento ou contrato celebrado entre as operadoras e seus contratantes. Da mesma maneira, a rescisão de contratos entre as operadoras e seus contratantes não é comunicada à ANS.

Ainda que a ANS não possua o contrato celebrado com a operadora, a Agência exige o cadastro de todos os beneficiários por meio do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS, com as informações cadastrais de cada beneficiário, inclusive sobre o plano de saúde a qual ele está vinculado. É dever das operadoras informar por meio do citado sistema quando o vínculo do beneficiário é extinto, relatando o motivo do cancelamento, dentre as seguintes opções: Desligamento da empresa (rescisão/exclusão do contrato); Cancelamento a pedido do beneficiário; Inadimplência; Óbito; Transferência de carteira; Inclusão indevida; Fraude; ou Portabilidade de carências.

Vale observar que os dados disponíveis nos sistemas de informações da ANS são alimentados pelas operadoras de planos de saúde, sendo de responsabilidade das operadoras a manutenção e atualização desses dados.

Seleção de Risco: Ilegitimidade para Impedir Contratação/Ingresso e para Motivar Extinção de Vínculo de Beneficiário

Convém destacar, a seguir, a disciplina sobre o tema.

"LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

(...)

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

Art. 14. 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vide Lei nº 12.764, de 2012)

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

(...)

Subseção I

Da Proibição de Seleção de Riscos

Art. 22. Para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

SÚMULA NORMATIVA Nº 27, DE 10 DE JUNHO DE 2015

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos XXIV, XXIX, XXXVI e XXXVII, do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando a existência de reclamações dos consumidores sobre comportamento de seleção de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

Considerando que o art. 14 da lei 9.656, de 3 de junho de 1998, veda que as operadoras de planos privados de assistência à saúde impeçam o ingresso de beneficiários em razão da idade ou por serem portadores de deficiência;

Considerando os mecanismos previstos em lei para mitigação de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, permitindo-se, quando for o caso, apenas a aplicação de carência, cobertura parcial temporária – CPT e agravo; e

Considerando que é vedada a não concretização da proposta de contratação de plano de saúde em virtude de seleção de risco em qualquer tipo de contratação;

Resolve adotar o seguinte entendimento:

É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde.

Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros.

A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 558, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT), Declaração de Saúde (DS), Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

III - Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário; e

IV - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

(...)

Art. 6º Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.

§1º Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT.

§2º Caso a operadora não ofereça CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo, nas condições descritas no caput deste artigo.

§3º Na hipótese de CPT, as operadoras somente poderão suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada.

§4º Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível na página institucional da ANS na internet – www.gov.br/ans.

Observe-se que a regulamentação setorial da saúde suplementar veda a prática de seleção de riscos por parte de operadora, seja na contratação, seja na exclusão de beneficiário, em qualquer modalidade de plano de saúde.

Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, a vedação, à seleção de risco, aplica-se tanto à totalidade da massa assistida quanto a um ou a alguns de seus membros.

Portanto, o fato de o interessado/proponente ser portador de determinada doença ou de condição de saúde, ao tempo da contratação/adeseção, não o impede de acessar o plano de saúde, estando a operadora sujeita às penalidades previstas na regulamentação setorial.

Isso significa que o acesso a plano de saúde é garantido, mesmo que o interessado/proponente declare doença e/ou de lesão, no momento da contratação, de que saiba ser portador. Da mesma forma, a operadora não pode rescindir um contrato ou excluir um beneficiário de um plano motivada pela sua condição de saúde ou pelo fato de ser pessoa portadora de deficiência.

Cumpra advertir, entretanto, que a operadora, durante o curso da contratação, diante de indícios de omissão por parte do beneficiário, pode formalizar, perante a ANS, processo administrativo para apurar a ocorrência de fraude atribuída ao declarante. Se a decisão final lhe for favorável (reconhecimento da fraude), a operadora pode extinguir o vínculo do respectivo beneficiário.

Nessa quadra, esta Agência acrescenta e destaca, por oportuno e relevante, seu consolidado entendimento, o de que uma síndrome, por si só, sequer se enquadra no conceito de doença ou lesão preexistente e, por isso, declarada ou não a síndrome, no momento da contratação, tratar-se-ia de impossibilidade jurídica da pretensão (se objeto for especificamente a síndrome) do referido processo para apurar fraude.

Extinção/Suspensão do Vínculo de Beneficiário

Ressaltam-se, abaixo, trechos da regulamentação setorial acerca da extinção do vínculo de beneficiário.

"LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

(...)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, **contratados individualmente**, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

II - **a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade** por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Da Rescisão ou Suspensão

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.

Subseção III

Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 24. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde coletivos.

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

I - fraude; ou

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 nº 9.656, de 1998; ou

III - a pedido do beneficiário.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022

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.

Para avaliar se eventual extinção do vínculo por parte da operadora ocorreu em conformidade com a legislação em vigor, impende avaliar as regras de rescisão ou exclusão de beneficiários de contratos de planos de saúde estabelecidas pela Lei nº 9.656/98 e pelas normas ANS que devem ser observadas pelas operadoras que ofertam ou disponibilizam planos de saúde privados aos consumidores.

No que tange à **rescisão ou cancelamento de contrato individual ou familiar**, o art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98 estabelece que a operadora tem a faculdade de rescindir estes contratos somente nos casos de fraude ou inadimplência por mais de 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o contratante seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, e não pode rescindir o contrato, sob qualquer hipótese, durante a internação do beneficiário titular ou do dependente (conforme item 6 da Súmula 28/2015).

Nos planos coletivos empresariais e coletivos por adesão podem haver duas situações para o cancelamento do plano: a exclusão pontual de um beneficiário ou a rescisão do contrato entre as pessoas jurídicas (a empresa contratante e a operadora) a pedido de uma ou de outra parte.

Desta forma, não sendo solicitado o cancelamento do plano a pedido do próprio consumidor, a operadora pode excluir o beneficiário somente em caso de fraude ou de perda de vínculo de titularidade (com a pessoa jurídica contratante) ou de dependência, se estas condições para a exclusão dos beneficiários estiverem previstas no contrato. Vale ressaltar que, à exceção dessas duas hipóteses, a responsabilidade da exclusão do beneficiário de plano de saúde é sempre da pessoa jurídica contratante a qual ele está vinculado.

No caso de contratos coletivos firmados por pessoas jurídicas, após o prazo de vigência inicial do contrato, a rescisão contratual imotivada pode ocorrer, devendo ser sempre precedida de notificação, observando-se as disposições contratuais, que estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor. Somente poderá ser exigida a notificação prévia com 60 dias de antecedência da parte que foi comunicada da rescisão, por exemplo, se assim estiver disposto no contrato. Ressaltamos que 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.

As condições para a rescisão de contratos coletivos devem estar previstas no contrato e são válidas para o contrato como um todo, ou seja, para o contrato firmado com a pessoa jurídica contratante, não para os beneficiários a ela individualmente vinculados.

Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresário individual, 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 (art. 23 da RN nº 557/2022); 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 (art. 14 da RN nº 557/2022).

Nos contratos de planos coletivos, embora as condições de rescisão de contrato possam ser estabelecidas pelas partes (operadora e contratante) e as condições de exclusão de beneficiários sejam definidas pela contratante, podendo a operadora excluir beneficiários de contrato coletivo que continua vigente apenas nos casos de fraude ou de perda de elegibilidade ou a pedido do próprio beneficiário, não há liberdade irrestrita no estabelecimento destas condições para a exclusão de beneficiários, visto que os contratos de planos de saúde estão sujeitos às regras previstas no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor (art. 1º e 35 – G da Lei nº 9656/98 c.c Tema I do Anexo I da IN ANS nº 28/2022).

Até a efetiva rescisão contratual do plano, o beneficiário tem direito a todos os procedimentos contratados, não podendo ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente com a mensalidade.

Impõe informar que se houver rescisão do contrato de plano coletivo por qualquer motivo e existir algum beneficiário titular ou dependente em internação, a operadora do plano de saúde 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.

Além disso, a fim de garantir a continuidade da assistência ao beneficiário que perdeu o plano de saúde, foi normatizada a possibilidade de 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 o disposto no art. 8º da RN nº 438/2018.

A operadora deve comunicar ao beneficiário, no momento da sua exclusão ou da rescisão do seu contrato, sobre o direito à realização da portabilidade de carências, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca 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 (art. 8º, § 1º da RN nº 438/2018).

Por todo o exposto, tem-se que a regulamentação setorial da saúde suplementar proíbe que a operadora limite, parcial ou integralmente, o acesso de interessado/proponente à plano de saúde exclusivamente por conta de ser portador de deficiência. No mesmo sentido, proíbe-se que o já beneficiário tenha seu vínculo suspenso ou extinto por conta exclusivamente dessa condição de saúde.

Sendo essas as considerações técnicas desta Agência Reguladora à iniciativa parlamentar em apreço, renovamos nossa plena disponibilidade em prestar quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários

Respeitosamente,

Carla de Figueiredo Soares
Diretora-Presidente Interina

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretora-Presidente Interina da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, em 09/04/2025, às 17:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **32019334** e o código CRC **38B56541**.