



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**

VALQUÍRIA FERREIRA DE FARIA

**A NIP COMO INSTRUMENTO DE RESOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE
CONFLITOS ENTRE BENEFICIÁRIOS E OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Brasília

2025

VALQUÍRIA FERREIRA DE FARIA

**A NIP COMO INSTRUMENTO DE RESOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE
CONFLITOS ENTRE BENEFICIÁRIOS E OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Direito da
Universidade de Brasília, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Direito, Estado e Constituição.

Orientador: Othon de Azevedo Lopes

Linha de Pesquisa: Transformações na Ordem
Social e Econômica e Regulação.

Brasília

2025

VALQUÍRIA FERREIRA DE FARIA

**A NIP COMO INSTRUMENTO DE RESOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE
CONFLITOS ENTRE BENEFICIÁRIOS E OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Aprovada em 28 de abril de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Othon de Azevedo Lopes - Orientador
PPGD/UnB

Prof. Dr. Márcio Iório
PPGD/UnB

Dr. Gabriel de Mello Galvão
USP

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção, sabedoria e força concedidas ao longo desta jornada.

À minha mãe, pelo amor incondicional, por acreditar em mim em todos os momentos e por ser a maior inspiração da minha vida.

Ao meu saudoso pai, Carlos Pereira de Faria, e ao meu querido padrasto, José Tarcísio Moreira, pelo incentivo constante aos meus estudos, cuja lembrança e legado permanecem vivos em minhas conquistas.

Às minhas irmãs, Viviane Ferreira de Faria e Vanessa Ferreira de Faria, por serem fonte constante de inspiração, exemplo de coragem, força e determinação. Aos meus irmãos, cuja amizade e afeto me acompanharam.

Ao meu marido, Marcelino Raimundo, por sua paciência, amor, compreensão e apoio inabalável em todos os momentos, especialmente nos mais desafiadores.

Ao meu orientador, Professor Othon de Azevedo Lopes, por sua orientação atenta e precisa, disponibilidade e dedicação em todas as etapas deste trabalho. Sua contribuição foi essencial para a construção dessa dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Brasília, cujos valiosos ensinamentos enriqueceram minha formação acadêmica e profissional.

Um agradecimento especial à querida Isabella Borba Vilela Borges pelo encorajamento, apoio e incentivo constante ao longo de todo o curso.

Ao estimado Professor José Luiz Toro da Silva pela excelência intelectual e profissional que me motivaram a ingressar nesta trajetória acadêmica.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo evidenciar como a Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, instrumento de mediação de conflito pré-processual e extrajudicial, tem sido utilizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para solucionar, de forma célere e segura, as demandas entre beneficiários de planos de saúde e Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. São demonstrados também os benefícios da NIP para os diversos atores do mercado de saúde suplementar. Para os consumidores, a NIP representa um instrumento rápido e eficiente para resolução de queixas contra os planos de saúde. Concomitantemente, permite que as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde cessem eventuais práticas operacionais em desacordo com a legislação e promovam a reparação voluntária e eficaz da conduta - RVE, evitando a instauração de morosos processos administrativos e aplicação de penalidades. Além disso, a NIP contribui para o monitoramento efetivo do mercado pela ANS. Pretende-se, ainda, analisar os impactos da NIP na judicialização da saúde suplementar, uma vez que essa ferramenta de solução prévia de conflitos é cada vez mais adotada pelos beneficiários. Isto porque, a NIP viabiliza uma resposta mais rápida e eficiente para os consumidores potencialmente lesados pelas operadoras, em comparação com os processos judiciais, cuja tramitação pode se prolongar por anos. A metodologia adotada para atingir o objetivo proposto perpassa pela análise do ordenamento jurídico pátrio, da legislação de saúde suplementar, dos entendimentos da ANS e da jurisprudência pertinente. Visa-se demonstrar o funcionamento do sistema de saúde suplementar, as principais características dos planos de saúde, a constituição das operadoras e o encerramento de suas atividades. Também são discutidas a competência da ANS, a consensualidade na Administração Pública e a contribuição desse princípio administrativo para a implementação da NIP. Além disso, serão analisados o processo administrativo sancionador da ANS e o procedimento da NIP. A pesquisa conclui que a NIP contribui de forma significativa para a efetivação do direito fundamental à saúde do cidadão, na medida em que soluciona os conflitos entre beneficiários e operadoras com rapidez e eficiência. Contudo, para que a NIP continue exercendo seu papel mediador e conciliatório, torna-se imprescindível seu aprimoramento, a fim de evitar o desvirtuamento de sua finalidade.

Palavras-chave: ANS; beneficiário; NIP; operadoras; plano de saúde.

ABSTRACT

This paper aims to demonstrate how the Preliminary Intermediation Notification (NIP), a pre-trial and extrajudicial conflict mediation instrument, has been used by the National Supplementary Health Agency (ANS) to quickly and effectively resolve disputes between health plan beneficiaries and Private Health Insurance Plan Operators. The study also demonstrates the benefits of the NIP for the various players in the supplementary health market. For consumers, the NIP represents a quick and effective instrument for resolving complaints against health plans. At the same time, it allows Private Health Insurance Plan Operators to cease any operational practices that are not in accordance with the legislation and promote voluntary and effective redress of conduct (RVE), avoiding the initiation of lengthy administrative proceedings and the application of penalties. In addition, the NIP contributes to the effective monitoring of the market by the ANS. The aim is also to analyze the impacts of the NIP on the judicialization of supplementary health, since this tool for prior conflict resolution is increasingly adopted by beneficiaries. This is because the NIP enables a faster and more efficient response for consumers potentially harmed by operators, compared to legal proceedings, which can take years to process. The methodology adopted to achieve the proposed objective involves the analysis of the national legal system, supplementary health legislation, the understandings of the ANS and the relevant case law. The aim of this study is to demonstrate how the supplementary health system works, the main characteristics of health plans, the constitution of operators and the termination of their activities. The competence of the ANS, the consensus in the Public Administration and the contribution of this administrative principle to the implementation of the NIP are also discussed. In addition, the ANS's administrative sanctioning process and the NIP procedure will be analyzed. The research concludes that the NIP contributes significantly to the realization of the citizen's fundamental right to health, as it resolves conflicts between beneficiaries and operators quickly and efficiently. However, for the NIP to continue to exercise its mediating and conciliatory role, its improvement is essential in order to avoid the distortion of its purpose.

Keywords: ANS, beneficiary; NIP; operators; health plan.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Grandes Número do Setor	27
Figura 2 - Evolução de reclamações NIP (assistencial e não assistencial) – geral e planos exclusivamente odontológicos.....	27
Figura 3 - Fluxo das etapas do processo de autorização de funcionamento.....	64
Figura 4 - 1ª Fase do Projeto Resolução Extrajudicial de Conflitos- NIP.....	82
Figura 5 - Fluxo da NIP.....	87
Figura 6 - Gráfico: Resolutividade das Demandas -2013 a 2020.....	89
Figura 7 – Gráfico 25 – Taxa de Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e não Assistenciais).....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AR	Aviso de recebimento
Beneficiários	Beneficiários de planos privados de assistência à saúde
CADIN	Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPT	Cobertura Parcial Temporária
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DLP	Doenças e Lesões Preexistentes
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DOU	Diário Oficial da União
EC	Emenda Constitucional
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
FNS	Fundo Nacional de Saúde
LINDB	Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro
Operadoras	Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar
Rol da ANS	Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar
RN	Resolução Normativa
RVE	Reparação Voluntária e Eficaz
SP/SADT	Serviços Profissionais e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TRO	Taxa de Registro de Operadora
TSS	Taxa de Saúde Suplementar
URA	Unidade de Resposta Audível

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL CONSTITUCIONAL.....	13
CAPÍTULO 2. A SAÚDE SUPLEMENTAR.....	18
2.1. A atuação dos planos privados de assistência à saúde de forma suplementar ao SUS.....	18
2.2. A evolução do mercado de saúde suplementar no Brasil.....	19
2.3. A regulação do setor de saúde suplementar por meio da Lei nº 9.656 de 1988.....	21
2.4. A saúde suplementar em números.....	25
CAPÍTULO 3. OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	29
3.1. Conceito.....	29
3.2. Natureza Jurídica.....	31
3.3. Características.....	32
3.4. Classificação.....	35
3.4.1. Regime de Contratação.....	35
3.4.2. Segmentação Assistencial.....	39
3.4.3. Área de Abrangência Geográfica.....	43
3.4.4. Termo inicial ou à data da assinatura do plano.....	43
3.5. Procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde e exclusões de cobertura.....	44
3.6. Rescisão dos contratos de planos de saúde.....	45
3.6.1. Rescisão do contrato por iniciativa da Operadora.....	46
3.6.2. Rescisão do contrato por iniciativa do beneficiário.....	48
3.7. Direito de Manutenção.....	50
CAPÍTULO 4. AS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	54
4.1. Conceito e Classificação.....	54
4.1.1. Administradoras de Benefícios.....	54
4.1.2. Autogestões.....	55
4.1.3. Cooperativas Médicas e Odontológicas.....	58
4.1.4. Entidades Filantrópicas.....	59
4.1.5. Seguradora Especializada em Saúde.....	59
4.1.6. Medicina de Grupo.....	59
4.2. Critérios para Funcionamento das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.....	60
4.3. Encerramento das atividades das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.....	64
CAPÍTULO 5. A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	67
5.1. O contexto de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	67
5.2. A competência da ANS para fiscalizar o setor de saúde suplementar.....	70

CAPÍTULO 6. A POSSIBILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ADOPTAR MECANISMOS DE SOLUÇÃO CONSENSUAL DE CONFLITOS.....	73
CAPÍTULO 7. A NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR.....	77
7.1. O processo administrativo sancionador da ANS.....	77
7.2. Fundamentos para implementação da NIP.....	80
7.3. Instrumentalização da NIP.....	81
CAPÍTULO 8. A NIP COMO INSTRUMENTO EXTRAJUDICIAL DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS.....	88
8.1. O impacto da NIP para os beneficiários de planos de saúde.....	90
8.2. O impacto da NIP para as Operadoras.....	92
8.3. O efeito da NIP para a ANS e no monitoramento de mercado.....	93
8.4. A NIP e a judicialização da saúde suplementar.....	95
CAPÍTULO 9. A NECESSIDADE DE APRIMORAMENTO DA NIP.....	99
9.1. A fraude na saúde suplementar.....	99
9.2. A utilização indevida da NIP.....	103
9.3. Da necessidade de aprimoramento da NIP.....	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental, assegurado constitucionalmente, nos termos do artigo 6º, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CF/88. Trata-se de norma de eficácia plena e aplicabilidade direta, imediata e integral, não cabendo impedimento ou restrição ao seu exercício.

Para viabilizar o acesso universal da população à assistência à saúde foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, que é organizado e gerido pelo Poder Público. Não obstante, a própria Constituição da República, em seu artigo 199, também facultou à livre iniciativa privada atuar de forma complementar ao SUS. Com isso, no Brasil há dois sistemas de saúde que coexistem: o público, representado pelo SUS, e o privado, vinculado ao setor de saúde suplementar (Freire, 2021).

A saúde suplementar compreende a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar por meio de planos e seguros privados de saúde, oferecendo cobertura paralela e, muitas vezes, ampliada em relação à rede pública. Esse setor possui relevância estratégica no cenário nacional, uma vez que atende aproximadamente 51,5 milhões de beneficiários e movimentou, somente no ano de 2023, cerca de R\$250 bilhões em receita (ANS, 2024).

Embora a sua importância, o mercado de planos e seguros privados de assistência no Brasil teve sua origem em um ambiente predominantemente livre e autorregulado, no qual as operadoras dispunham de ampla liberdade para definir as condições contratuais como coberturas, períodos de carência, prazos de internação, entre outros. Essa ausência de regulamentação resultava em desequilíbrios contratuais e conflitos constantes entre operadoras e consumidores.

Diante deste cenário, tornou-se imperiosa a intervenção estatal com vistas a assegurar a proteção do direito fundamental à saúde, mesmo no âmbito privado. Assim, em 03 de junho de 1998 foi sancionada a Lei nº 9.656/1998, que estabeleceu regras específicas para os planos e seguros privados de assistência à saúde. Essa norma representou um marco regulatório no setor, ao impor limites às práticas das operadoras e garantir maior transparência e segurança jurídica nas relações entre operadora e beneficiários.

A Lei nº 9.656/1998 trouxe importantes avanços, definindo, entre outros aspectos, o conceito e as modalidades de planos de saúde, os tipos de segmentações assistenciais, as coberturas obrigatórias, os direitos dos aposentados e ex-empregados, bem como as formas de rescisão contratual. A norma também definiu quais pessoas jurídicas podem operar no setor,

regulamentando a constituição, funcionamento e encerramento das atividades dessas operadoras.

Paralelamente à edição da referida legislação, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade de regular, normatizar, controlar e fiscalizar o setor de saúde suplementar em todo o território nacional. A ANS surgiu no contexto de transição do modelo tradicional de Estado intervencionista para o Estado regulador, o qual delega à iniciativa privada a execução de atividades públicas (Leite, 2024).

Dotada de autonomia administrativa, financeira, patrimonial e decisória, a ANS tem como missão institucional defender o interesse público no setor da saúde suplementar, assegurando o equilíbrio entre operadoras, prestadores de serviço e beneficiários. Entre suas competências, destacam-se a definição das coberturas obrigatórias, a apuração de infrações, a aplicação de penalidades, a mediação de conflitos e a celebração de termos de compromisso de ajuste de conduta.

Assim, a atuação regulatória da ANS visa assegurar que as operadoras de planos privados de saúde cumpram as obrigações estabelecidas pela Lei nº 9.656/1998 e pelas normas complementares da própria Agência. Em caso de descumprimento, a ANS pode instaurar processo administrativo sancionador, com o objetivo de apurar eventuais infrações e aplicar as sanções cabíveis, majoritariamente de natureza pecuniária.

A despeito do exposto, ao longo dos anos a atuação da Administração Pública passou por transformações. Com a introdução do princípio da eficiência no artigo 37, caput, da CF/1988 pela Emenda Constitucional nº 19/1998, o modelo de atuação da Administração Pública pautada na imperatividade de seus atos e na supremacia e indisponibilidade absoluta do interesse público, vem dando espaço para a adoção de um modelo de administração pública gerencial, cujo objetivo é a obtenção de resultados por meio de uma atuação mais ágil e eficiente da Administração Pública. Por conta disso, a Administração Pública vem adotando mecanismos consensuais em suas decisões e resolução de conflitos com particulares, sempre em busca de atender o interesse público de forma mais eficiente.

Especificamente no âmbito da ANS, percebeu-se, com o passar do tempo, que a simples aplicação de sanções se mostrou insuficiente para solucionar os litígios envolvendo as operadoras e seus beneficiários. O aumento expressivo no número de reclamações e de processos administrativos sancionadores evidenciou que a atuação imperativa e punitiva não era eficaz para evitar a repetição de condutas lesivas nem para assegurar, de forma célere, o direito à saúde aos usuários de planos.

Com o objetivo de aprimorar sua atuação e alcançar maior efetividade, a ANS criou a Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, instrumento de resolução extrajudicial de conflitos que visa solucionar, de forma ágil e fácil, demandas entre beneficiários e operadoras. A NIP representa um importante avanço na regulação do setor, ao substituir, sempre que possível, a via sancionadora pela intermediação orientadora e preventiva, pautada nos princípios administrativos da eficiência, razoabilidade e consensualidade.

Por meio da NIP, o beneficiário de plano de saúde tem uma resposta mais rápida para o seu problema. Já para as operadoras, a NIP representa a possibilidade de adequação de procedimentos que estavam em desconformidade com a legislação de saúde suplementar e a adoção da reparação voluntária e eficaz da conduta, evitando a instauração de processos administrativos, a aplicação de penalidades e até mesmo a propositura de ação judicial em seu desfavor. Para a ANS, a NIP serve como insumo para monitoramento do mercado.

O objetivo do presente estudo consiste, portanto, em demonstrar como a NIP tem sido utilizada pela ANS para solucionar, de forma rápida e consensual, as demandas entre beneficiários de planos de saúde e operadoras, o que acarreta a efetivação do exercício do direito fundamental à saúde no setor privado, e pode impactar demandas judiciais cuja discussão versa sobre temas de saúde suplementar.

A pesquisa aqui apresentada pretende discutir como a Administração Pública Indireta, representada pela ANS, com fundamento nos princípios administrativos da efetividade e consensualidade, desenvolveu um mecanismo eficiente de resolução extrajudicial de conflitos entre consumidores e operadoras, e quais são seus impactos. Será demonstrado também a necessidade de aprimoramento deste instrumento, a fim de que possa continuar cumprindo o objetivo de garantir ao cidadão o acesso à saúde.

Para melhor compreensão da estrutura do presente trabalho, esclarece-se que ele está organizado em nove capítulos, cada um com objetivo específico, a fim de conduzir o leitor por uma abordagem sistemática e aprofundada do tema.

O primeiro capítulo trata da saúde como um direito constitucional fundamental, abordando sua previsão na CF/88.

No segundo capítulo, será apresentado um panorama do setor de saúde suplementar, partindo do fundamento constitucional que autoriza a atuação da iniciativa privada na área da saúde de forma suplementar. Serão analisadas a origem e a evolução do setor, incluídas as alterações promovidas pela Lei nº 9.656/1998, bem como os dados mais recentes relacionados ao número de beneficiários inscritos em planos de saúde, receitas e despesas das operadoras e reclamações na ANS.

O terceiro capítulo abordará o conceito dos planos de saúde, natureza jurídica, suas principais características e modalidades, bem como a segmentação assistencial, as hipóteses de rescisão contratual e o direito de manutenção do plano por ex-empregados demitidos ou aposentados que tenham contribuído para o seu custeio.

O quarto capítulo apresenta as entidades autorizadas a operar planos de saúde, discorrendo sobre as modalidades de operadoras, os requisitos legais para sua constituição, funcionamento e as normas que regem o encerramento de suas atividades.

O quinto capítulo tem como foco o surgimento da ANS, abordando o contexto em que foi criada, competências legais e papel na fiscalização do setor, inclusive no que tange à apuração de infrações, instauração de processos administrativos sancionadores, aplicação de penalidades e promoção da mediação de conflitos.

Em seguida, o sexto capítulo analisa a mudança de paradigma da atuação da Administração Pública, que transita de um modelo burocrático para um modelo gerencial, onde o Estado exerce um papel regulador. Destaca-se, nesse contexto, a busca pela eficiência e pela adoção de mecanismos consensuais de resolução de conflitos, em consonância com os princípios da eficiência e consensualidade que norteiam a Administração Pública.

O sétimo capítulo aprofunda-se na análise do processo administrativo sancionador no âmbito da ANS, destacando as razões que levaram à criação da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, bem como os procedimentos que a envolvem.

O oitavo capítulo apresenta a NIP como um instrumento de solução extrajudicial de conflitos na saúde suplementar, evidenciando os benefícios gerados para os beneficiários, para as operadoras e para a própria agência reguladora.

Por fim, o nono capítulo discute a necessidade de aperfeiçoamento contínuo da NIP, especialmente para prevenir o uso indevido do mecanismo e coibir eventuais fraudes que possam comprometer sua finalidade principal: a efetivação do direito à saúde no âmbito suplementar, com eficiência e segurança jurídica.

1. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL CONSTITUCIONAL

O direito à saúde deve ser compreendido como um direito fundamental de segunda geração, garantido constitucionalmente ao cidadão, o qual corresponde a um dever do Estado (Schaefer, 2003, p. 33).

A princípio, no Estado liberal, não havia preocupações com as questões sociais (Da Silva, 2005, p. 19), pois a atuação estatal era pautada pela ideia de não intervenção na esfera privada do indivíduo. O papel do Estado restringia-se ao “não-fazer estatal”, isto é, à abstenção de interferências, cabendo-lhe garantir as chamadas liberdades negativas¹. Essas liberdades, consagradas como direitos de primeira geração, incluíam a igualdade formal, o direito à vida, à propriedade e à liberdade, sendo fundamentadas nos ideais iluministas e consolidadas pelos movimentos liberais do século XVIII, como a Revolução Francesa e a independência Americana².

Para Da Silva (2005, p. 190), é crucial destacar que o Direito Constitucional emergiu da necessidade de limitar o poder do Estado e assegurar os direitos individuais. Contudo, naquele período, inexistia qualquer preocupação de ordem social, inclusive quanto à assistência médica da população.

A concepção de saúde como direito surge com o Estado de Bem-Estar, também conhecido pelo termo em inglês *Welfare State* (Filho, 2024), que se consolidou principalmente em países ocidentais nos pós Segunda Guerra Mundial³.

¹ Fonseca ensina que “o constitucionalismo dos séculos XVIII e XIX surgiu sob o pressuposto ideológico de defesa das liberdades individuais em confronto com o absolutismo até então imperante. E entre estas liberdades individuais estava o direito absoluto de propriedade individual, garantidor da atuação econômica individual no mercado. As normas constitucionais protetoras desses direitos têm um sentido negativo, porque tem por objetivo impedir que o Estado os desrespeite, os afronte” (Fonseca, 2002, p. 221).

² Os direitos de primeira geração, que tem como marco as revoluções liberais do século XVIII, são os direitos de liberdade em sentido amplo, sendo os primeiros a constarem dos textos normativos constitucionais, a saber, os direitos civis e políticos. Essa geração tem como elemento principal a ideia clássica de liberdade individual concentrada nos direitos civis e políticos. Esses direitos só poderiam ser conquistados mediante a abstenção do controle do Estado, já que sua atuação interfere na liberdade do indivíduo. Os direitos de primeira geração, incluem, entre outras coisas, o direito à vida, igualdade perante a lei, liberdade de expressão, liberdade de religião, liberdade de circulação, direitos de propriedade, o direito a um julgamento justo e direito a voto. Disponível em: <https://blog.supremotv.com.br/voce-conhece-as-3-geracoes-dos-direitos-humanos/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

³ O Estado do Bem - estar, tal como definido, surgiu após a Segunda Guerra Mundial. Seu desenvolvimento está intimamente relacionado ao processo de industrialização e os problemas sociais gerados a partir dele. A Grã-Bretanha foi o país que se destacou na construção do Estado de bem-estar com a aprovação, em 1942, de uma série de providências nas áreas da saúde e escolarização. Nas décadas seguintes, outros países seguiram essa direção. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/estado-do-bem-estar-social-historia-e-crise-do-welfare-state.htm>. Acesso em: 30 de dez, de 2024.

O direito à saúde, intrinsecamente relacionado ao Estado de Bem-Estar, é considerado um direito de segunda geração⁴, competindo ao Estado fomentar e executar políticas públicas, programas sociais e ações afirmativas deste direito. Foi reconhecido formalmente na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948⁵ e, posteriormente, no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁶.

No Brasil, somente com promulgação da Constituição Federal da República de 1988 - CF/88, a saúde é positivada como direito fundamental, com previsão entre os direitos sociais descritos no artigo 6º, da CF/88⁷. Entretanto, para além de um direito social, o direito à saúde deve ser compreendido como verdadeiro elemento de concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, estando ambos intrinsecamente vinculados, como lecionam os autores Alves e Bitencourt (2016, p. 107):

Por pertencer a campo indissociável do direito à vida e aos demais direitos fundamentais e sociais, o direito à saúde está amplamente vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana, princípio este que é base da ordem jurídica Constitucional brasileira e, vindo a abraçar a saúde em seu sólido lastro de proteção, confere proteção contra os abusos de poder que possam ser direcionados contra ele, existindo entre o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana um conjunto de interesses, o que impediria o esvaziamento do direito e do princípio em tela.

⁴ [...] a segunda geração está ligada ao conceito de igualdade sendo fundamentalmente econômicos, sociais e culturais por natureza e servem como direitos positivos, ou seja, o dever do governo respeitá-los, promovê-los e cumpri-los, mas isso depende da disponibilidade de recursos; o dever é imposto ao Estado porque ele controla os seus próprios recursos. Garantem aos diferentes membros da população condições e tratamento iguais. Estes direitos aparecem na forma dos chamados direitos fundamentais, pois impõem ao Estado um conjunto de obrigações que se materializam em normas constitucionais, execução de políticas públicas, programas sociais e ações afirmativas. Cabe ao Estado a obrigação de cumpri-las, sujeito a sanções em caso contrário. Os direitos de segunda geração incluem, entre outros, o direito de ser empregado em condições justas e favoráveis, direitos à alimentação, moradia, educação e assistência médica, bem como seguridade social e proteção no desemprego. Disponível em: <https://blog.supremotv.com.br/voce-conhece-as-3-geracoes-dos-direitos-humanos/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

⁵ Artigo 25 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (Organização Das Nações Unidas, 1948).

⁶ Art 12. 1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças; b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade (Brasil, 1992).

⁷ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Brasil, 1988).

Com o objetivo de assegurar a efetivação deste direito fundamental, a CF/88 prescreveu mais cinco artigos dedicados exclusivamente a estabelecer normas mínimas que deverão ser observadas pelo Estado e por aqueles que prestam serviços de assistência à saúde.

O artigo 196, da CF/88, reafirma a saúde como um direito de todos, sendo dever do Estado garanti-la mediante a implementação de políticas públicas que proporcionem à redução do risco de doença e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). A Carta Magna atribui, ainda, relevância pública às ações e serviços de saúde, os quais deverão ser regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público, podendo ser executados diretamente pelo Estado, por terceiros ou por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado⁸. Por sua vez, o artigo 198 da CF/88 estabelece as diretrizes fundamentais a serem observadas na implementação de ações e serviços públicos de saúde e sua forma de financiamento⁹, enquanto o artigo 199 do diploma constitucional faculta a iniciativa privada a prestação da assistência à saúde¹⁰. Finalmente, o artigo 200 da CF/88 estabelece as competências mínimas do Sistema Único de Saúde - SUS¹¹.

⁸ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física e jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

⁹ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [\(Vide ADPF 672\)](#)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [\(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#) (Brasil, 1988).

¹⁰ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (Brasil, 1988).

¹¹ Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015\)](#)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

O direito à saúde constitui, portanto, norma constitucional de eficácia plena, imediata e indisponível, não cabendo impedimento ou restrição, de qualquer natureza, ao seu exercício (Alves; Bitencourt, 2016). Desta feita, é responsabilidade do Estado assegurar e promover o acesso de todos os indivíduos aos serviços de saúde, como determinado pela Constituição da República e enfatizado pelo Supremo Tribunal Federal – STF, por ocasião do julgamento do Recurso Extraordinário nº 271.286-8:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art.196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores de HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar (STF – Agravo no Recurso Extraordinário nº 271.286-8, Segunda Turma, Relator Ministro Celso de Mello, Julgamento 12.09.2000, Publicação 24.11.2000).

Corroborando a saúde como direito fundamental objetivo, indisponível, inalienável, constitucionalmente consagrado e que carece de proteção pelo Estado, cita-se julgado do Superior Tribunal de Justiça – STJ:

PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA. DIREITO LÍQUIDO E CERTO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. HEPATITE C. PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL À SAÚDE, À VIDA E À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. LAUDO EMITIDO POR MÉDICO NÃO CREDENCIADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). EXAMES REALIZADOS EM HOSPITAL ESTADUAL. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

1. A ordem constitucional vigente, em seu art. 196, consagra o direito à saúde como dever do Estado, que deverá, por meio de políticas sociais e econômicas, propiciar aos necessitados não "qualquer tratamento", mas o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento.
2. Sobreleva notar, ainda, que hoje é patente a ideia de que a Constituição não é ornamental, não se resume a um museu de princípios, não é meramente um ideário; reclama efetividade real de suas normas. Destarte, na aplicação das normas constitucionais, a exegese deve partir dos princípios fundamentais, para os princípios setoriais. E, sob esse ângulo, merece destaque o princípio fundante da República que destina especial proteção à dignidade da pessoa humana (STJ - Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 24197, Primeira Turma, Relator Ministro Luiz Fux, Julgamento 04/05/2010, Publicação 24/08/2010).

Não há dúvidas, portanto, que o direito à saúde, essencialmente vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana, é protegido constitucionalmente e deve ser garantido a todos os cidadãos. Por este motivo, é cada vez mais necessária a discussão acerca de mecanismos que

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1988).

garantam sua efetivação. Nesse contexto, a NIP surge como um instrumento extrajudicial de concretização do direito constitucional da saúde, como será demonstrado ao longo desta dissertação.

2. A SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1 A atuação dos planos privados de assistência à saúde de forma complementar ao SUS

Para viabilizar o acesso universal da população à assistência à saúde foi criado o SUS, que é organizado e gerido pelo Poder Público, nos termos da CF/88 e da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Todavia, a Constituição da República, em seu artigo 199, também facultou à livre iniciativa privada a prestação da assistência à saúde, atuando de forma complementar ao SUS. No entanto, embora a Carta Magna tenha estabelecido que o setor privado atuará de forma complementar ao público, o mercado de planos privados de assistência à saúde é caracterizado como suplementar (Freire, 2021).

Esclarece-se que o termo complementar significa que o serviço de saúde oferecido pela rede privada seria um acréscimo àquele fornecido pelo SUS, ou seja, o plano de saúde garantiria ao usuário o acesso a procedimentos e eventos em saúde não cobertos pela rede pública de saúde. Por outro lado, o termo suplementar pressupõe que os planos de saúde oferecem serviços adicionais aos disponibilizados pelo SUS. A respeito da diferença entre saúde complementar e suplementar, o Ministro Luís Roberto Barroso do STF afirma que:

3. A Constituição admite duas modalidades de execução de serviços de saúde por agentes privados: a complementar e a suplementar. A saúde complementar designa ações e serviços de saúde que a entidade privada pratica mediante convênio com o Poder Público e sujeitando-se às regras do SUS.

4. A saúde suplementar, por sua vez, abrange atividades de profissionais de saúde, clínicas, hospitais particulares e operadoras de planos de saúde que não têm uma relação negocial com o Poder Público, sujeitando-se, apenas, à regulação da Agência Nacional de Saúde – ANS (STF – Recurso Extraordinário nº 666.094 -DF, Tribunal Pleno, Relator Luís Roberto Barroso, Julgamento em 30.09.2021, Publicação em 03.02.2022).

Da Silva (2005) também defende que a iniciativa privada, quando atua por meio da saúde suplementar, não integra o SUS, pois não há celebração de qualquer contrato de direito ou convênio com o Poder Público.

Logo, os planos de saúde são considerados serviços de saúde suplementar porque não substituem o SUS. Em realidade, esses planos proporcionam aos seus usuários um atendimento mais ágil, cobertura mais ampla e acesso a uma rede de prestadores de serviços assistenciais de melhor qualidade. Nas palavras de Freire (2021), isso ocorre em razão das operadoras oferecerem serviços que buscam se diferenciar do sistema público, ao garantir menor tempo de acesso e melhores padrões de qualidade de atendimento.

2.2 A evolução do mercado de saúde suplementar no Brasil

Segundo o professor José Luiz Toro da Silva (2005), a origem do setor de saúde suplementar remonta às décadas de 40 e 50 do século XX, quando algumas empresas passaram a constituir serviços médicos próprios para atendimento de seus empregados. A título de exemplo, cita-se a criação da Caixa de Assistência à Saúde do Banco do Brasil (CASSI) em 1944 (Filho, 2024) e do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, que, mais tarde, daria origem à GEAP - Fundação de Seguridade Social (Da Silva, 2005). Freire (2021) pontua que em 1960 é fundado o Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria - SAMCIL, a primeira empresa de medicina de grupo do país.

Entre os anos de 1950 e 1970 inicia-se o crescimento do setor no país e tem-se a criação das cooperativas médicas (Filho, 2024). A partir da década de 70 do século XX, ocorre a ampliação e diversificação do mercado de saúde suplementar em razão dos seguintes fatores:

redução da qualidade dos serviços de saúde previdenciária após criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), incentivo aos denominados convênio-empresa, dedução de despesas com saúde do imposto de renda das pessoas físicas e terceirização do atendimento de funcionários pelos poderes públicos locais [...] (Filho, 2024, p. 151).

Na década de 80 do século XX, o crescimento do setor é impulsionado pelo surgimento das autogestões, que são operadoras instituídas por empresas que desejam ofertar planos de saúde próprios para os seus empregados (Filho, 2024).

Acerca da expansão do mercado de saúde suplementar durante os anos de 1970 e 1990, o relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI dos Planos de Saúde descreve que:

[...] no final da década de 70 e início da de 80, os planos de saúde consolidam sua presença no mercado como uma alternativa de assistência à saúde, mormente para os segmentos de trabalhadores mais especializados das regiões sul e sudeste. (...) No final dos anos 80 e 90, há uma grande expansão do setor com o crescimento expressivo da comercialização de planos individuais - inclusive com a entrada dos bancos e seguradoras no mercado - e com a forte demanda de novos grupos de trabalhadores pela assistência médica supletiva - mormente setores do funcionalismo público (Brasil, 2003).

Até a década de 1990, as entidades que prestavam serviços de saúde operavam em um setor livre e autorregulado, devido a ausência de legislação específica que regulamentasse o setor. Não existiam regras disciplinando o relacionamento das operadoras com a rede prestadora dos serviços assistenciais, ou como os serviços deveriam ser prestados aos usuários de planos de saúde.

Nesse sentido, Albuquerque (2007, p. 1.422) revela que:

O mercado dos planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde o seu início, à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal. Por tratar-se de um segmento não normatizado até 1998, e não regulado no âmbito da saúde até a Lei nº 9.656/98, as operadoras de planos privados atuavam no atendimento aos beneficiários a partir de critérios próprios do mercado.

Nesse contexto, aplicavam-se apenas as normas gerais do Código de Defesa do Consumidor, que, embora relevantes, mostravam-se insuficientes para lidar com as particularidades das relações entre operadoras, prestadores de serviços assistenciais e beneficiários de planos de saúde. Esse ambiente resultava em frequentes conflitos entre os atores do mercado de saúde suplementar, refletindo a fragilidade regulatória do setor¹².

Diante desse cenário, tornou-se indispensável a criação de normas específicas que proporcionassem maior previsibilidade e estabilidade para o setor, além de assegurar os direitos dos beneficiários de planos de saúde. A regulamentação visava equilibrar os interesses de beneficiários, prestadores e operadoras, estabelecendo um marco normativo capaz de reduzir os conflitos e garantir maior segurança jurídica às partes envolvidas.

A edição Lei nº 9.656/1988 e, posteriormente, a criação da ANS, impactaram, portanto, positivamente o setor, ao estabelecerem regras que trouxeram segurança jurídica, equilíbrio e perenidade para mercado de saúde suplementar, além de possibilitar seu desenvolvimento contínuo e estimular a concorrência. Como destaca Paulo Roberto Rebello Filho:

A regulamentação do setor estabelecida pela Lei nº 9.656/1998, portanto, foi essencial para assegurar aos consumidores direitos importantes na contratualização de um plano de saúde e para garantir a estabilidade e solidez do mercado, possibilitando a evolução e o contínuo crescimento do setor (Filho, 2024, p. 158).

Assim, a regulamentação do setor de saúde suplementar, iniciada com a Lei nº 9.656/1998 e fortalecida pela criação da ANS, representou um marco na consolidação de um ambiente mais equilibrado e estruturado. Ao estabelecer normas específicas, a intervenção regulatória não apenas trouxe segurança jurídica e estabilidade ao mercado, mas também garantiu direitos fundamentais aos beneficiários de planos de saúde, atendendo às necessidades de proteção e previsibilidade nas relações contratuais¹³. Esse avanço foi crucial para o contínuo

¹² Conforme relatório final da CPI de Planos de Saúde “Ainda na década de 90, observa-se a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor, pela criação e consolidação dos Serviços de Proteção ao Consumidor e pela atuação do Ministério Público na área da defesa das relações de consumo. Com isso, o setor de assistência supletiva à saúde passa a figurar como um dos principais alvos das reclamações por parte dos consumidores, avoluma-se a quantidade de ações contra empresas do setor e cresce a demanda social por uma regulamentação que propugnasse pelo lado mais fraco nessa relação de consumo” (Brasil, 2003).

¹³ Para a ANS a regulamentação do setor foi fundamental para assegurar aos consumidores direitos importantes na contratação de um plano privado de assistência à saúde e para garantir a segurança jurídica e a estabilidade do setor, possibilitando o desenvolvimento e estimulando a concorrência (ANS, 2023).

desenvolvimento do setor, contribuindo para a mitigação de conflitos e para a criação de um sistema mais sustentável e eficiente, capaz de acompanhar as demandas crescentes por serviços de saúde de qualidade.

2.3 A regulação do setor de saúde suplementar por meio da Lei nº 9.656 de 1988

Antes da promulgação da Lei nº 9.656/1998, o setor de saúde suplementar operava sem regulamentação específica, permitindo que as operadoras determinassem unilateralmente regras como prazos máximos de internação e períodos de carência. Existiam limitações para o número de consultas, períodos de internação hospitalar e exclusões de cobertura para doenças graves. Nesse cenário, muitas empresas comercializavam planos de saúde, recebiam mensalidades dos beneficiários e, em casos recorrentes, encerravam suas atividades sem aviso prévio, deixando consumidores desassistidos e sem qualquer amparo (ANS, 2024¹⁴).

Conforme discutido no tópico anterior, a edição da Lei nº 9.656, em 3 de junho de 1998, representou uma quebra de paradigma para a regulação da saúde suplementar no Brasil. A legislação trouxe normas claras e específicas, promovendo proteção efetiva aos beneficiários e estabelecendo diretrizes que asseguraram maior transparência, previsibilidade e estabilidade para as operadoras, prestadoras de serviços assistenciais e beneficiários. Ao garantir direitos essenciais, como a cobertura de doenças graves e o acesso contínuo aos serviços de saúde contratados, a Lei nº 9.656/1998 contribuiu significativamente para a sustentabilidade do setor e para a efetivação do direito fundamental da saúde também no âmbito privado.

Na visão da ANS (2024):

Há 26 anos, a saúde suplementar no Brasil experimentou um grande impacto: a Lei 9.656, que em 1998 criou parâmetros e proporcionou garantias até então inexistentes aos usuários. O dia 3/6 é a data desse marco, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) celebra o aniversário da Lei comemorando suas conquistas, mas sem deixar de pensar nos seus desafios.

A sanção da Lei 9.656 estabeleceu as regras dos planos privados de assistência à saúde que passaram a vigorar em janeiro de 1999. Juntamente com a criação da ANS, um ano depois, o setor passou a vivenciar uma realidade mais organizada e com beneficiários mais protegidos.

Segundo a ANS (2023¹⁵) as principais garantias estabelecidas pela Lei nº 9.656/1998 foram:

¹⁴ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/26-anos-da-lei-dos-planos-de-saude>.

¹⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/lei-dos-planos-de-saude-completa-25-anos#:~:text=No%20dia%203%20de%20junho,os%20usu%C3%A1rios%20da%20sa%C3%BAde%20suplementar>.

- a) institucionalização e obrigatoriedade de oferta do plano referência com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, com acomodação coletiva (enfermaria);
- b) proibição de interrupção ou suspensão da internação hospitalar, garantindo-se ao paciente a duração da internação pelo período necessário ao restabelecimento da sua saúde;
- c) implementação de um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar - Rol da ANS de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, que é revisado periodicamente conforme estabelecido na Lei nº 9.656/1998 e atualmente na Resolução Normativa nº 465/2021, da ANS;
- d) definição dos conceitos de urgência e emergência e a obrigatoriedade de cobertura após o cumprimento os prazos de carência;
- e) fixação dos prazos máximos de carência;
- f) estabelecimento das regras para reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras;
- g) vedação à seleção de risco: as operadoras são proibidas de impedir o ingresso de beneficiários nos planos de saúde em razão de deficiência, doença preexistente ou idade;
- h) instituição do direito de manutenção dos aposentados e dos empregados demitidos ou exonerados sem justa causa, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos na Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS;
- i) fixação dos critérios de reajuste por faixa etária;
- j) proibição de rescisão ou suspensão unilateral dos contratos individuais de planos de saúde, exceto em caso de inadimplência e fraude;
- k) necessidade de autorização e registro na ANS para funcionamento das operadoras;
- l) definição de regras de garantias para equilíbrio econômico-financeira das operadoras;
- m) obrigatoriedade de ressarcimento ao SUS pelas operadoras, em função da utilização pelos seus beneficiários dos serviços prestados por instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS;
- n) regulamentação do descredenciamento de entidades hospitalares e imposição de celebração de contratos escritos entre as operadoras e prestadores de serviços de assistência à saúde; e

- o) determinação das regras mínimas que devem constar nos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos de saúde e estabelecimento das informações obrigatórias que as operadoras devem fornecer periodicamente à ANS sobre suas atividades e beneficiários.

Ademais, o referido diploma legal conceituou planos privados de assistência à saúde como 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 (Brasil, 1998). Além disso, definiu a natureza das operadoras e suas modalidades de atuação¹⁶.

Outro aspecto importante introduzido pela Lei nº 9.656/1998 foi o Rol da ANS que constitui a cobertura básica que os planos de saúde devem disponibilizar para os seus beneficiários, nos termos do parágrafo 12º, do artigo 10¹⁷.

A Lei nº 9.656/1988, alterada pela Lei nº 14.307/2022¹⁸, estabeleceu ainda o rito a ser seguido pela ANS para alteração/atualização do aludido rol. Segundo o parágrafo sétimo, do artigo 10, do normativo, o prazo para avaliação de novos procedimentos e medicamentos para incorporação ao Rol da ANS é de até 180 (cento e oitenta) dias, prorrogável por mais 90 (noventa) dias caso necessário. Os processos para inclusão de cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos

¹⁶ 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: [...] II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo (Brasil, 1998).

¹⁷ Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
[...]

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

¹⁸ Lei nº 14.307 (2022) Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114307.htm. Acesso em: 17 de fev. 2025.

adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, e de procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, deverão ser analisados prioritariamente.

Para aprovação dos novos procedimentos ou medicamentos deverá, dentre outros, ser realizada consulta pública pelo prazo de 20 (vinte) dias com a divulgação de relatório preliminar emitido pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sendo que nos casos de matéria relevante, recomendação preliminar de não incorporação, ou solicitação por no mínimo 1/3 (um terço) dos membros da aludida Comissão, deverá ser realizada audiência pública, nos termos do parágrafo 11º, do artigo 10º da Lei 9.656, modificada pela Lei 14.307/2022¹⁹.

Finalizado o prazo de 180 (cento e oitenta) dias sem manifestação conclusiva da ANS no processo administrativo, será realizada a inclusão automática do medicamento, do produto de interesse para a saúde ou do procedimento no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar até que haja decisão da ANS. Aprovada a inclusão do procedimento ou medicamento será publicada pela ANS resolução normativa com a respectiva atualização.

Quanto à constituição das operadoras, a legislação estabeleceu regras rígidas para o seu funcionamento e encerramento. Além disso, determinou oferecimento de garantias econômico-financeiras, a fim de garantir a solvência e a sustentabilidade das operadoras²⁰.

O normativo definiu ainda as sanções a serem aplicadas às operadoras por infrações a seus dispositivos e regulamentos, que serão apuradas mediante processo administrativo. Segundo o artigo 25 da Lei nº 9.656/1998 às operadoras e seus administradores estão sujeitos às seguintes penalidades em caso de descumprimento das regras regulatórias: i) advertência, ii) multa pecuniária, iii) suspensão do exercício do cargo, iv) inabilitação temporária para o exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde, v) inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras ou de em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras, e vi) cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Por fim, destaca-se que a Lei nº 9.656/1998 determinou que todos os contratos de planos de saúde estão subordinados às normas e fiscalização da ANS²¹.

¹⁹ Lei nº 14.307 (2022) Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/14307.htm. Acesso em: 17 de fev. 2025.

²⁰ Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo (Brasil, 1998).

²¹ 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,

A Lei nº 9.656/1998, portanto, organiza o setor de saúde suplementar, definindo regras transparentes para todos os atores que atuam nesse mercado, tanto do ponto de vista assistencial quanto econômico-financeiro. Ao mesmo tempo traz garantias mínimas e protetivas para os beneficiários dos planos de saúde (Filho, 2024).

De acordo com Lopes (2024), a Lei nº 9.656/1998 realizou importantes alterações no sistema legal, normativo e fiscalizador da assistência privada à saúde. Primeiro, deu-lhe organicidade, estabelecendo a natureza jurídica das operadoras e as categorias de atuação. Segundo, reconheceu a particularidade do setor, criando órgãos de normatização e fiscalização próprios. Para Filho (2024), a implementação destas regras estruturantes garantiu para o setor de saúde suplementar um ambiente seguro, equilibrado e sustentável (Filho, 2024).

2.4 A saúde suplementar em números

Em 2024, a ANS contabilizou 51,5 milhões de beneficiários inscritos em planos privados de assistência médica, e 34,1 milhões em planos exclusivamente odontológicos. No período de outubro de 2023 a outubro de 2024 houve um crescimento de 1,68% no número total de beneficiários em planos de assistência médica, e de 7,14% nos planos exclusivamente odontológicos²².

Os indicadores assistenciais do mercado de saúde suplementar também são expressivos. Entre outubro de 2023 e outubro de 2024, foram realizados 1,7 bilhão de procedimentos (consultas, exames, terapias, cirurgias e internações) nos planos de assistência médica hospitalar e 196,2 milhões de procedimentos odontológicos. As despesas médias para internações apresentaram, no 3º semestre de 2024, um aumento de 26,8% em relação ao ano

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: [...]

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: a) custeio de despesas; b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; c) reembolso de despesas; d) mecanismos de regulação; e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. § 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Brasil, 1998).

²²Segundo a ANS, “entre outubro de 2023 e outubro de 2024, o crescimento do número de beneficiários nos planos de assistência médica foi de 1,68%. Os planos coletivos empresariais cresceram 3,35%, ao passo que planos individuais (-0,63%) e coletivos por adesão (-4,59%) tiveram redução. Os planos exclusivamente odontológicos tiveram, neste mesmo período, um crescimento de 7,14%. Nesta segmentação, os planos coletivos empresariais tiveram crescimento de 5,43% e os planos coletivos por adesão uma redução de 0,73%. Os planos individuais ou familiares apresentaram um crescimento de 18,20%. Tal crescimento está associado a movimentação de beneficiários de uma única operadora, de seus planos coletivos para planos individuais”. (ANS, 2024).

base de 2019. As variações de despesas das consultas médicas, de Serviços Profissionais e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SP/SADT continuaram com a tendência de elevação a partir de 2019, atingindo em 2024 um incremento de 30,6% e 31,9%, respectivamente (ANS, 2024).

Na Sétima Edição do Panorama de Saúde Suplementar, divulgada em dezembro de 2024, a ANS apresenta também os dados sobre internações e procedimentos complexos realizados por beneficiários de planos de saúde no sistema público. São evidenciados os valores cobrados e efetivamente pagos pelas operadoras a título de Ressarcimento ao SUS, com ênfase para o repasse R\$673,54 milhões ao Fundo Nacional de Saúde - FNS até novembro de 2024²³.

Segundo a ANS (2024), no terceiro trimestre de 2024, o mercado de saúde suplementar manteve sua trajetória ascendente, apresentando um resultado líquido acumulado em 12 meses de R\$7,7 bilhões, o valor mais alto dos últimos três anos²⁴.

Em todo o setor as receitas advindas de mensalidades totalizaram R\$275 bilhões e as despesas assistenciais o valor de R\$239 bilhões.

Alguns dos dados acima estão representados na figura abaixo, extraída da Sétima Edição do Panorama de Saúde Suplementar:

Figura 1 - Grandes Número do Setor

²³ Quanto aos valores de atendimentos no âmbito do processo de Ressarcimento ao SUS, entre AIHs e APACs, foram cobrados mais de R\$ 1 bilhão por ano entre 2019 e 2022 (gráfico 13), alcançando um pico de R\$ 1,56 bilhões em 2019 e observando-se queda para cerca de R\$ 716,7 milhões cobrados em 2023. Até novembro de 2024, foram cobrados R\$953 milhões e repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) R\$673,54 milhões (gráfico 14). (ANS. Panorama Saúde Suplementar. ANS, v.5 - nº 7. Brasília, 27 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-a-7a-edicao-do-panorama-2013-saude-suplementar#:~:text=Na%20se%C3%A7%C3%A3o%20Benefici%C3%A1rios%20de%20planos,1%25%20para%20planos%20exclusivamente%20odontol%C3%B3gicos>. Acesso em: 01 fev.2025).

²⁴ ANS divulga a 7ª edição do Panorama - Saúde Suplementar. Publicação traz análises do 3º trimestre de 2024 e informações atualizadas até outubro. Brasília, 27 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-a-7a-edicao-do-panorama-2013-saude-suplementar> . Acesso em: 01 fev. 2025.



Fonte: ANS, 2024.

As Notificações de Intermediação Preliminar tratadas pela ANS no período de janeiro a novembro de 2024 totalizaram 352.311 demandas, como se observa da Figura 2 – Evolução de reclamações NIP (assistencial e não assistencial) – geral e planos exclusivamente odontológicos:

Figura 2 - Evolução de reclamações NIP (assistencial e não assistencial) – geral e planos exclusivamente odontológicos

Reclamações	2021	2022	2023	2024 (até nov.)
Demandas NIP geral	188.334	234.662	353.200	352.311
Demandas NIP de planos exclusivamente odontológicos	5.225	4.454	5.092	4.606
%	2,8%	1,9%	1,4%	1,3%

Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (jan. 2021 a nov. 2024).

Fonte: ANS, 2024.

Estima-se que os gastos públicos e privados com saúde foram equivalentes a aproximadamente 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil no ano de 2024²⁵.

Os relevantes números da saúde suplementar demonstram a importância e a solidez do setor para o país, evidenciando a necessidade contínua de aprimoramento das normas regulatórias para garantir um mercado mais eficiente e capaz de atender à crescente demanda.

²⁵ Carlos Amilcar Salgado, diretor do Departamento de Regulação Assistencial e Controle do Ministério da Saúde, afirmou nesta quinta-feira (21/11) que os gastos com a saúde pública e privada no Brasil chegam a quase 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Em palestra nesta no 3º Congresso do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), em São Paulo, afirmou ainda que o montante deve avançar neste ano. Disponível em: <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/gastos-com-saude-chegam-a-quase-97-do-pib-diz-diretor-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 02 de fev. 2025.

Os dados apresentados revelam a complexidade do setor de saúde suplementar no Brasil, mostrando não apenas seu crescimento, mas também os desafios enfrentados pelas operadoras e pelos consumidores. O aumento do número de beneficiários reflete, por um lado, uma maior adesão da população a esses serviços, mas, por outro, gera desafios significativos em termos de gestão de recursos e qualidade do atendimento, principalmente no contexto de um mercado que lida com uma população envelhecendo e com doenças crônicas em ascensão.

Em termos de procedimentos, a marca de 1,7 bilhão de atendimentos no setor de assistência médica e 196,2 milhões no odontológico entre outubro de 2023 e outubro de 2024²⁶ destaca a grandeza do sistema, mas também indica uma pressão constante sobre os recursos. A elevação das despesas médias, com um aumento de 26,8% nas internações e incrementos de mais de 30% em consultas médicas e exames, aponta para um aumento significativo dos custos no setor²⁷. Esses aumentos refletem, em grande parte, a inflação dos serviços de saúde, a crescente demanda por cuidados mais complexos e o aumento da longevidade da população, mas também sugerem uma necessidade urgente de inovação na gestão dos custos, na prevenção e no cuidado continuado para evitar a hospitalização excessiva.

Outro aspecto importante destes números, é o aumento das reclamações contra planos de saúde, conforme infere-se da Figura 2. Veja que na comparação entre os anos de 2022 e 2023 houve um aumento expressivo de 118.538 (cento e dezoito mil, quinhentos e trinta e oito) queixas. Esse aumento do número de NIP reflete, em muitos casos, a dificuldade de acesso aos serviços contratados, a desinformação dos consumidores sobre seus direitos e a insatisfação com os custos e a qualidade dos serviços prestados.

A elevação dos custos assistenciais e a tendência crescente de reclamações indicam que o modelo atual de saúde suplementar necessita de mudanças. É fundamental que as operadoras adotem uma postura mais preventiva, focando na atenção primária e na gestão eficiente da saúde, ao invés de priorizar apenas os tratamentos curativos e emergenciais, a fim de promover uma saúde mais acessível, eficiente e sustentável. Portanto, os números apresentados não devem ser vistos isoladamente, mas sim como parte de um complexo ecossistema que exige ações estratégicas do setor privado e do órgão regulador para garantir que o sistema de saúde suplementar continue a crescer de forma equilibrada e perene.

²⁶ Vide Figura 1 - Grandes Número do Setor

²⁷ ANS divulga a 7ª edição do Panorama – Saúde Suplementar. Publicação traz análises de dados do 3º trimestre de 2024 e informações atualizadas até outubro. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-a-7a-edicao-do-panorama-2013-saude-suplementar>. Acesso em: 02 de fev. 2025.

3. OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.1 Conceito

O plano de saúde é caracterizado como uma relação jurídica estabelecida entre a operadora e o beneficiário, por meio da qual a operadora compromete-se a prestar serviços ou cobrir os custos assistenciais mediante o pagamento de uma prestação pecuniária, conforme conceito estabelecido no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.565/1998:

[...] 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 (Brasil, 1998).

Da definição legal de plano de saúde, verifica-se que este tipo de contrato possui os seguintes atributos.

1. Modalidade de pagamento dos serviços: a modalidade de pagamento é a forma de definição da mensalidade do plano de saúde. A modalidade de plano pré-estabelecido consiste em valores de mensalidades previamente fixados, independentemente da utilização dos serviços. Já na modalidade de plano pós-estabelecido, o valor da mensalidade é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas²⁸.
2. Contrato por prazo indeterminado: a lei determina que os contratos de planos de saúde sejam firmados por prazo indeterminado, o que os caracteriza como contratos de trato sucessivo²⁹. Essa característica implica que as obrigações assumidas pelas partes

²⁸Conforme Anexo II, da RN nº 543/2022, as modalidades de pagamento do plano de saúde são “11.1.1 pré-estabelecido: o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas; 11.1.2 pós-estabelecido: o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico hospitalar. O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções: 11.1.2.1 rateio: a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total ou parcial das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura; 11.1.2.2 custo operacional: a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais, sendo vedado o repasse integral ao beneficiário. 11.1.3 misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03, ou em norma que vier a sucedê-la”.

²⁹ Nesse sentido é a redação do artigo 13 da Lei nº 9.656/1988: “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. Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: I - a recontagem de carências; 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 III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

perduram ao longo do tempo, sem uma data fixa para o encerramento do vínculo contratual.

3. Cobertura assistencial sem limitação financeira: um aspecto relevante previsto no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998, é a proibição de limitação financeira para a cobertura assistencial, garantindo que o beneficiário tenha acesso aos serviços contratados sem restrições monetárias impostas pela operadora. Assim, diferentemente dos seguros tradicionais, nos quais há valores máximos de indenização, os planos de saúde devem garantir a assistência necessária, respeitando as coberturas previstas no contrato e na regulação da ANS.
4. Acesso à rede credenciada ou livre escolha de prestadores: a legislação também assegura ao beneficiário o direito de acesso a serviços médicos, hospitalares e odontológicos por meio de duas modalidades de atendimento:
 - Rede credenciada, contratada ou referenciada: o beneficiário utiliza os serviços oferecidos por profissionais ou estabelecimentos de saúde previamente contratados pela operadora, sem a necessidade de efetuar qualquer pagamento diretamente ao prestador dos serviços.
 - Livre escolha de prestadores: caso o beneficiário opte por utilizar um prestador não integrante da rede credenciada, ele poderá realizar o pagamento diretamente ao profissional ou estabelecimento de saúde e, posteriormente, solicitar o reembolso junto à operadora, conforme as condições previstas no contrato e regulamentação da ANS³⁰.

Os contratos de planos privados de assistência à saúde possuem, portanto, um conceito jurídico bem delimitado, definido pela Lei nº 9.656/1998, e apresentam características que os distinguem de outras modalidades contratuais, como os seguros tradicionais. Sua natureza envolve prestação continuada de serviços, prazo indeterminado, proibição de limitação financeira e possibilidade de livre escolha dos prestadores, como demonstrado acima.

Além disso, a regulação da ANS desempenha um papel essencial na padronização das modalidades de pagamento e na garantia da cobertura mínima obrigatória, protegendo o beneficiário contra práticas abusivas e assegurando o funcionamento sustentável do setor. Dessa forma, os planos de saúde representam um instrumento fundamental para o acesso à

³⁰ Segundo a ANS, a rede de prestadores compreende “profissionais e estabelecimentos que fazem parte da rede assistencial da operadora – ou seja, que aceitam o convênio. Alguns planos têm contratos de livre escolha de prestador, com reembolso posterior da operadora. Essa possibilidade deve estar expressa no contrato”. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/jornada-do-beneficiario-defeso.pdf> . Acesso em: 09 fev. de 2025

assistência médica suplementar no Brasil, equilibrando os interesses das operadoras e dos beneficiários dentro de um modelo regulado pelo Estado, o que viabiliza o exercício do direito constitucional à saúde pelo cidadão.

3.2 Natureza Jurídica

Os planos privados de assistência à saúde têm como principal finalidade assegurar a cobertura de procedimentos e eventos de saúde, mediante o pagamento de contraprestação pecuniária pelo beneficiário ou pela empresa contratante. Nesse modelo contratual, a operadora assume a obrigação de prestar os serviços apenas quando houver necessidade de atendimento médico, o que significa que a execução do contrato está vinculada ao acontecimento de um evento futuro e incerto. Por ocasião da celebração do instrumento contratual, não é possível determinar-se, quando ou com que frequência o beneficiário necessitará de assistência médica, o que reforça a característica aleatória desses contratos.

A doutrina frequentemente associa os contratos de planos de saúde aos contratos de seguro, dada a semelhança entre suas estruturas e finalidades. José Luiz Toro da Silva (2005), observa que os planos de saúde correspondem a uma modalidade de contrato securitário, compartilhando suas características essenciais. De maneira similar, Sérgio Cavalieri Filho (2012) destaca também que os planos de saúde possuem uma contraprestação preestabelecida para cobrir os riscos de uma eventual enfermidade, aproximando-se, assim, dos contratos de seguro.

No conceito clássico, o seguro é o contrato pelo qual uma das partes, mediante cobrança de um prêmio, assume a obrigação de indenizar a outra parte caso um risco previamente estipulado se materialize (Silva, 2005). Embora essa concepção tradicional do seguro esteja amplamente ligada à indenização financeira, a evolução do setor securitário ampliou o escopo dessas contratações.

Nesse sentido, Cláudia Lima Marques (2011) argumenta que a ideia por trás dos seguros, e atualmente dos planos de saúde, está profundamente relacionada à tentativa humana de controlar e socializar riscos dentro da sociedade. Se, no passado, os contratos de seguro eram predominantemente voltados à indenização monetária, hoje incorporam também a execução da obrigação de fazer, ou seja, a efetiva prestação dos serviços contratados.

Dessa forma, os planos privados de assistência à saúde operam sob uma lógica semelhante à dos contratos securitários, uma vez que o risco é diluído entre os participantes do plano. Assim, quando ocorre um sinistro – isto é, quando o beneficiário necessita de

atendimento médico –, a operadora deve garantir a assistência contratada, seja por meio da rede credenciada, seja pelo reembolso das despesas médicas.

Os planos privados de assistência à saúde compartilham diversas características com os contratos de seguro, especialmente no que diz respeito à natureza aleatória e securitária dessas contratações. O pagamento regular das mensalidades por parte dos beneficiários possibilita que as operadoras garantam a prestação de serviços médicos quando necessário, funcionando como um mecanismo de proteção contra riscos futuros relacionados à saúde.

Contudo, diferentemente do seguro tradicional, no qual a indenização ocorre geralmente em dinheiro, os planos de saúde envolvem a execução direta dos serviços médicos e hospitalares, tornando-se um contrato ainda mais complexo. Essa estrutura visa garantir que os beneficiários tenham acesso contínuo a cuidados de saúde, promovendo um modelo de gestão compartilhada dos riscos, essencial para a sustentabilidade do setor.

3.3 Características

Os contratos de planos de saúde possuem características próprias que os diferenciam de outros contratos de prestação de serviço. Dentre as suas principais características, destacam-se a formalidade, solenidade, a adesão, a bilateralidade, a onerosidade, a aleatoriedade, a execução continuada, e o mutualismo.³¹

Os planos privados de assistência à saúde são contratos escritos, formais e solenes, uma vez que devem conter, no mínimo, os dispositivos previstos no artigo 16, da Lei nº 9.656/1998³², e no Anexo I - Manual de Elaboração dos Contratos de Plano de Saúde, da Instrução Normativa nº 28/2022 da ANS, que dispõe sobre o registro de produtos³³. Além disso, são considerados contratos de adesão, pois suas cláusulas devem seguir o conteúdo disciplinado

³¹ De acordo com José Luiz Toro da Silva (2005, p.122), o contrato de plano privado de assistência à saúde é “cativo, relacional, aleatório, de execução continuada, de adesão [...]”.

³² Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: I - as condições de admissão; II - o início da vigência; III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15; V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; VI - os eventos cobertos e excluídos; VII - o regime, ou tipo de contratação: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial; ou c) coletivo por adesão; VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária; X - a área geográfica de abrangência; XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias. XII - número de registro na ANS. Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações (Brasil, 1998).

³³ ANS. Instrução Normativa – IN DIPRO nº 28 (2022).

pelo referido normativo. Dessa forma, o beneficiário não tem a possibilidade de negociar os termos contratuais, cabendo-lhe apenas a escolha entre as modalidades oferecidas.

Os planos de saúde também caracterizam-se pela bilateralidade³⁴, pois geram obrigações recíprocas entre as partes. Enquanto o beneficiário ou a pessoa jurídica contratante se compromete ao pagamento periódico da contraprestação pecuniária, a operadora assume a responsabilidade de prestar a assistência médica conforme os termos pactuados.

Além disso, trata-se de um contrato oneroso, pois envolve o pagamento de contraprestação financeira sucessiva e mensal, paga pelo beneficiário ou pela pessoa jurídica contratante do plano de saúde, cuja finalidade é a manutenção da prestação dos serviços de saúde.

Os planos de saúde também caracterizam-se pela aleatoriedade, pois a obrigação da operadora de prestar assistência depende da ocorrência de um evento futuro e incerto, qual seja, a necessidade de atendimento médico por parte do beneficiário.

Segundo Cláudia Lima Marques (1998) os contratos aleatórios são aqueles cuja prestação principal do fornecedor é condicionada a ocorrência de evento futuro e incerto. Distinguem-se dos contratos comutativos, onde as obrigações das partes são previamente definidas e previsíveis.

A aleatoriedade nos contratos de planos de saúde é um aspecto essencial que os caracteriza como contratos de risco, nos quais a obrigação da operadora está condicionada à possibilidade de ocorrência de uma doença ou acidente. Nesse sentido, Diego Eidelwein do Canto afirma que:

[...] o pacto de plano privado de assistência à saúde possui como característica a aleatoriedade, a teor do que estabelece o artigo 458 do Código Civil, quando analisado sob o viés do momento em que a prestação é devida. Trata-se de obrigações de risco para a empresa operadora do plano privado de assistência à saúde, de probabilidade de perda concomitante à probabilidade de lucro, visto que somente haverá a contraprestação por parte do fornecedor/operador do plano privado caso ocorra evento futuro e incerto, qual seja, sinistro relacionado à saúde do consumidor/beneficiário (2015, p. 64).

O caráter aleatório dos contratos de planos de saúde também é reconhecido por Maria Helena Diniz, uma vez que a obrigação principal a ser prestada pelas operadoras depende do beneficiário ou seus dependentes serem acometidos por uma doença ou acidente:

³⁴Para Diego Eidelwein do Canto (2017, p.63) os contratos de planos de saúde podem ser plurilaterais, pois nos planos coletivos, a obrigação contratual pode assumir contornos multilaterais “tendo em vista que o contratante ajusta a contratação de serviços suplementares de saúde a fim de disponibilizá-los para a categoria que congrega, assumindo, portanto, feições multilaterais em relação ao uso do plano por parte dos respectivos beneficiários. Há nesta hipótese, uma relação bilateral entre o operador do plano médico-assistencial e o seu contratante, e uma relação multilateral entre a operadora, o contratante e seus beneficiários”.

[...] o contrato de assistência médica não é comutativo, em que as empresas tenham se obrigado a fazer algo equivalente à contraprestação do conveniado. É contrato aleatório, na realidade, em que a prestação das empresas depende de risco futuro e incerto, não podendo antecipar seu montante (Silva, 2005 apud, Diniz, 2003, p. 86).

Lineu Rodrigues de Carvalho Sobrinho, citado por José Luiz Toro da Silva, também defende que os planos de saúde são contratos aleatórios:

[...] são contratos aleatórios, envolvendo duas partes, fornecedor e consumidor, pois se inserem no rol daqueles regidos pelo CDC, nos quais o consumidor não sabe o que receberá em troca pela sua prestação, desde que eventos futuros e incertos, podendo ser maior ou menor a contraprestação do fornecedor, operadora, que arrisca, desta forma, o seu correspondente lucro ou perda (Silva, 2005 apud, Sobrinho, 2001, p. 86).

A despeito do risco inerente a este tipo de contratação, Cláudia Lima Marques (1998) afirma que é obrigação das operadoras assegurar que os serviços sejam prestados com qualidade e adequação, sempre que os beneficiários necessitarem, de modo a ser atingida a finalidade precípua do contrato, que é a garantia da assistência à saúde.

Os contratos de planos de saúde também são classificados de execução continuada, pois são firmados por prazo indeterminado e não há rescisão automática pelo decurso do tempo. Para que o vínculo contratual seja encerrado, é necessária manifestação de uma das partes³⁵.

Nesse sentido, Cláudia Lima Marques denomina estes contratos como cativos de longa duração, pois compreendem o fornecimento de serviços aos beneficiários por um longo período, estabelecendo relações jurídicas complexas que perduram durante anos.

Trata-se de uma série de novos contratos ou relações contratuais que utilizam os métodos de contratação de massa através de contratos de adesão ou de condições gerais dos contratos, para oferecer serviços especiais no mercado, criando relações jurídicas complexas de longa duração, envolvendo uma cadeia de fornecedores organizados entre si e com uma característica determinante: a posição de “catividade” ou “dependência” dos clientes, consumidores. (...) Os exemplos principais destes contratos cativos de longa duração são as novas relações banco-cliente, os contratos de seguro-saúde e de assistência médico-hospitalar[...].” (Marques, 1998. p. 68).

A jurista gaúcha, citada pelo jurista José Luiz Toro da Silva, destaca ainda que:

[...] os contratos de planos e seguro saúde são contratos cativos de longa duração a envolver por muitos anos um fornecedor e um consumidor, com uma finalidade comum, assegurar para o consumidor o tratamento e ajudá-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a saúde deste, de sua família, dependentes ou beneficiários. (Silva, 2005 apud, Marques, 2002, p. 88).

Outra característica relevante dos contratos de planos privados de assistência à saúde é o mutualismo, segundo o qual os custos da assistência médica são compartilhados entre todos

³⁵ Ressalta-se que é vedada a rescisão ou cancelamento unilateral do contrato pela operadora durante a internação do beneficiário, consoante inciso III, do artigo 13, da Lei nº 9.656/1998 (Brasil, 1998).

os beneficiários do plano de saúde. Esse modelo baseia-se na solidariedade financeira, em que muitos contribuem regularmente para que aqueles que necessitem possam utilizar os serviços médicos e odontológicos contratados.

Nesse sentido, Sérgio Cavalieri Filho conceitua o mutualismo como:

Quando se fala em mutualismo, está-se falando de uma comunidade submetida aos mesmos riscos, de um agrupamento de pessoas expostas aos mesmos perigos, às mesmas probabilidades de dano, razão pela qual decidem contribuir para a formação de um fundo capaz de fazer frente aos prejuízos sofridos pelo grupo. (...) A mutualidade, portanto - e essa é outra ideia-força -, é suporte econômico essencial em toda operação de seguro; haverá sempre um grupo de pessoas expostas aos mesmos riscos que contribuem, reciprocamente, para reparar as consequências dos sinistros que possam atingir qualquer uma delas (Filho, 2012, p. 465).

O mutualismo permite que as operadoras ofereçam coberturas amplas e diversificadas, uma vez que o financiamento do sistema não depende exclusivamente do uso individual, sendo os custos diluídos entre os participantes. Assim, o mutualismo é fundamental para garantir que os planos de saúde funcionem de forma eficiente e com a adesão e a participação de todos os beneficiários.

3.4 Classificação

Os planos privados de assistência à saúde podem ser classificados quanto: a) ao regime de contratação; b) ao tipo de segmentação assistencial; c) à abrangência geográfica e d) ao início da vigência.

3.4.1 Regime de contratação

De acordo com o inciso VII, do artigo 16, da Lei nº 9.656/1998, quanto ao regime de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

O contrato individual ou familiar é aquele disponibilizado no mercado para adesão de qualquer pessoa natural, sendo facultada a inclusão de grupo familiar³⁶. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano familiar não encerra o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção integral das obrigações decorrentes.

³⁶ O artigo 3º da RN nº 557/2022 estabelece que “Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar” (ANS, 2022).

O plano coletivo empresarial é aquele que disponibiliza cobertura médico-hospitalar a um grupo delimitado e vinculado à entidade contratante do plano de saúde, devendo este vínculo ser decorrente de relação empregatícia ou estatutária, sendo permitida a inclusão de dependentes da população vinculada, como ensina José Luiz Toro da Silva:

Aquela que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, devendo este vínculo ser de natureza empregatícia, associativa ou sindical, podendo prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada; nesta modalidade, a adesão dos beneficiários da empresa, associação ou sindicato contratante será automática, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta de seus membros [...] (Silva, 2005. p. 104).

Nos contratos com número igual ou superior a trinta vidas não poderá ser exigido o cumprimento de carências, e não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária para os casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário solicite o ingresso em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante³⁷.

Em regra, a responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pela operadora é da pessoa jurídica (associação, empresa ou sindicato) contratante do plano de saúde empresarial. A cobrança diretamente ao consumidor é realizada pela pessoa jurídica contratante ou pela administradora de benefícios. Já os beneficiários das operadoras de autogestão, os servidores públicos e os ex-empregados que se mantiveram no plano após a demissão ou aposentadoria podem ser cobrados diretamente pelas próprias autogestões³⁸.

Ressalta-se que em 2017, a ANS editou a RN nº 432³⁹, que possibilitou a contratação dos planos coletivos empresariais também por empresário individual. A RN nº 432/2017 foi

³⁷ Consoante previsão dos artigos 6º e 7º da RN nº 557/2022: “Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante” [...] “Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante”.

³⁸ ANS. Planos Coletivos por Adesão e Empresariais. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 08 fev. de 2025

³⁹ ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 432 (2017). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUzMA==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

revogada pela RN 557/2022⁴⁰, que passou a disciplinar as regras pertinentes a esta modalidade de contratação de plano de saúde.

Nos termos do artigo 9º, da RN 557/2022, é permitido ao empresário individual a contratação de plano coletivo empresarial desde que comprove sua inscrição em órgão competente (Junta Comercial ou outro) e registro ativo na Receita Federal pelo período mínimo de seis meses. Estes documentos devem ser apresentados à operadora no momento da contratação do plano de saúde e a anualmente, no mês de ano aniversário do contrato⁴¹. Na hipótese de ser constatada a ilegitimidade do contratante, a operadora poderá rescindir o contrato, mediante o envio de notificação com 60 (sessenta) dias de antecedência, desde que o contratante não comprove a regularidade de seus registros nos órgãos competentes e na Receita Federal, no referido prazo de aviso prévio⁴².

O plano coletivo por adesão é aquele que, apesar de oferecido por pessoa jurídica para uma população específica de beneficiários que mantenham vínculo profissional, classista ou sindical com tal entidade, tem adesão opcional do consumidor, podendo ou não incluir dependentes, como conceitua José Luiz Toro da Silva:

Aquela que, embora oferecida por pessoa jurídica (empresa, associação ou sindicato) para uma massa delimitada de beneficiários, tem adesão espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes [...] (Silva, 2005. p. 104).

Neste tipo de contratação não poderá ser exigido o cumprimento de carências para quem ingressa no plano em até 30 (trinta) dias da celebração ou no aniversário do contrato⁴³. O

⁴⁰ ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 557 (2022). Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

⁴¹ ANS. Planos Coletivos Empresariais contratados por Empresário Individual. Informações importantes sobre a contratação de plano coletivo empresarial por empresário individual. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 08 de fev. de 2025.

⁴² O parágrafo primeiro, do artigo 10, da RN nº 557/2022, prevê que identificada “a ilegitimidade do contratante no aniversário do contrato, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com sessenta dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes” (ANS, 2022).

⁴³ O artigo 17, da RN nº 557/2022, dispõe que: “No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo. §1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que: I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 15 desta resolução, após o transcurso do prazo definido no caput; e II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato. §2º Após o transcurso dos prazos definidos no caput e no inciso II do §1º deste artigo, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carências, nos termos da regulamentação específica, limitados aos prazos previstos em Lei” (ANS, 2022).

contrato poderá prever cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

A responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pela operadora, em regra, é da pessoa jurídica contratante do plano de saúde empresarial. A cobrança diretamente ao consumidor é realizada pela pessoa jurídica contratante ou pela administradora de benefícios. Já os beneficiários das operadoras de autogestão podem ser cobrados diretamente por elas⁴⁴.

As regras de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura devem estar expressamente previstas nos contratos coletivos empresariais ou por adesão celebrado entre as partes, como determina o artigo 23 da RN nº 557/2022.

Em todas estas modalidades de contratação é vedada às operadoras a prática de seleção de risco. Significa dizer que nenhuma pessoa pode ser impedida de ingressar no plano de saúde em razão da sua idade ou condição de saúde, como preceitua a súmula normativa nº 27/2015 da ANS, transcrita a seguir:

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.

Logo, para a inclusão de beneficiários nos planos coletivos, seja por adesão ou empresarial, não podem ser impostas exigências além daquelas necessárias para o ingresso na pessoa jurídica contratante, garantindo a isonomia no acesso ao serviço⁴⁵. Dessa forma,

⁴⁴ ANS. Planos Coletivos por Adesão e Empresariais. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 08 fev. de 2025.

⁴⁵ Nos termos do artigo 22, da RN nº 557/2022 “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” (ANS, 2022).

assegura-se que os contratos de planos de saúde atendem consumidores com diferentes riscos de utilização dos serviços.

3.4.2 Segmentação assistencial

No que respeita ao tipo de segmentação assistencial, a Lei nº 9.656/1998 classifica os planos de saúde conforme o tipo de coberturas mínimas, a saber: a) plano ambulatorial, b) plano hospitalar, c) plano odontológico e d) plano-referência.

O plano ambulatorial compreende consultas realizadas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar - Rol da ANS, consoante estabelece o artigo 18 da RN nº 465/2021:

Art. 18. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para: I - consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput; III - consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o estabelecido nos Anexos desta RN; IV - sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa; V - procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano; VI - ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução Normativa, para segmentação ambulatorial; VII - remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação; VIII - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; IX - quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde; X - medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto nos Anexos desta Resolução Normativa e, preferencialmente, as seguintes características: a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção

patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, esta atualmente a cargo da ANVISA. XI - procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação ambulatorial; XII - procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa; XIII - hemoterapia ambulatorial; e XIV - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução Normativa (ANS, 2021).

No plano ambulatorial, os atendimentos de urgência e emergência são limitados até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Isto porque, a cobertura destes planos não inclui internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, como infere-se do caput do artigo 18 da RN nº 465/2021, citado acima.

O plano de saúde com segmentação hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, com ou sem obstetrícia, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvados aqueles cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, na forma dos artigos 19 e 21, da RN nº 465/2021:

O artigo 19, da RN nº 465/2021, estabelece a cobertura mínima obrigatória para o plano hospitalar que consiste em: I - internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias; (...) III - atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com o disposto nos Anexos desta Resolução Normativa; IV - transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo: a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor; b) os medicamentos utilizados durante a internação; c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor. V - consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios: a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta Resolução Normativa. VI - órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução Normativa; VII - despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos: a) crianças e adolescentes menores

de 18 anos; b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e c) pessoas com deficiência; VIII - procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução Normativa, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no art.6º, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar; IX - estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e X - procedimentos ambulatoriais, previstos nesta Resolução Normativa e seus anexos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar: a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso IX do art. 18; c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as DUT previstas no Anexo II desta Resolução Normativa; d) procedimentos radioterápicos; e) hemoterapia; f) nutrição parenteral ou enteral; g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; h) radiologia intervencionista; i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e j) procedimentos de reeducação e reabilitação física. §1º Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico deverá observar as seguintes regras: I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência. §2º Para fins do disposto no inciso X do caput, a cobertura do procedimento será obrigatória uma vez atendida a diretriz de utilização descrita no Anexo II, quando houver. Art. 20. Para fins do disposto no inciso IV, do art. 19, os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente. § 1º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção. § 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT. § 3º São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor. § 4º Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da Resolução Normativa nº 259, de 2011, são considerados procedimentos de emergência.

Art. 21. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 19, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, devendo garantir cobertura para: I - despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto; b) parto; e c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico; II - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular; e III - opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, isento do

cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção. Parágrafo único. Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitados (ANS, 2021).

Por sua vez, os planos odontológicos compreendem a cobertura de todos os eventos e procedimentos previstos na segmentação odontológica definida no Rol de Procedimentos da ANS, desde que não necessitem de internação, conforme artigo 22 da RN nº 465/2021:

Art. 22. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica. §1º Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência. § 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos. § 3º É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema (ANS, 2021).

O plano-referência está previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de acomodação em enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas para cada segmentação.

As operadoras são obrigadas a oferecer aos seus possíveis consumidores o plano-referência, exceto as autogestões e as operadoras que comercializam planos exclusivamente odontológicos (Silva, 2005). Entretanto, os beneficiários poderão contratar a segmentação que desejarem, desde que comprovadamente tenham sido cientificados da existência e disponibilidade do plano de referência.

Fica evidente que a regulamentação da ANS estabelece as coberturas obrigatórias para cada segmentação assistencial contratada. Entretanto, é facultado às operadoras a comercialização de planos de saúde mistos, combinando duas ou mais segmentações, desde que assegurada a cobertura mínima obrigatória determinada pela legislação de saúde suplementar.

3.4.3. Área de Abrangência Geográfica

Os planos privados de assistência à saúde também podem ser classificados quanto a sua área de abrangência geográfica, isto é, a área que a operadora se compromete a garantir a realização dos procedimentos e eventos de saúde contratados (Silva, 2005).

Os planos de abrangência municipal são aqueles com cobertura garantida apenas em determinado município. Já os planos de saúde com abrangência de grupo de municípios englobam determinados grupos de municípios em um ou mais estados. Os planos com abrangência estadual possuem cobertura em todos os municípios de determinado estado. Os planos com área geográfica de grupo de estados são aqueles que incluem um grupo de estados, limítrofes ou não. Por fim, planos com cobertura nacional abrangem todo o território nacional e planos de saúde com abrangência internacional garantem cobertura para procedimentos realizados em outros países.

Segundo José Luiz Toro da Silva deve estar expressamente previsto no contrato “a sua área de abrangência, ou seja, se a cobertura se dará na esfera municipal, de grupo de municípios, estadual, grupo de estados, nacional ou internacional” (Silva, 2005, p. 106).

A definição da área de abrangência do contrato do plano de saúde é de suma importância para aplicação das regras de reembolso, bem como para determinar a responsabilidade das operadoras quanto ao ressarcimento dos atendimentos de beneficiários de planos de saúde realizados no SUS (Silva, 2005).

3.4.4. Termo inicial ou à data da assinatura do plano

O contrato de plano privado de assistência classifica-se quanto ao termo inicial ou à data da assinatura do plano em: a) plano regulamentado: aquele firmado na vigência da Lei nº 9.565/1998; b) plano adaptado: aquele adaptado à Lei nº 9.656/1998 por ocasião da sua vigência, nos termos do seu artigo 35⁴⁶; c) plano antigo: anterior à Lei nº 9.656/1998.

Todos os contratos de planos de saúde oferecidos devem ser previamente registrados na ANS, para que possam ser comercializados pelas operadoras. De acordo com José Luiz Toro da Silva essa exigência “é para que o consumidor saiba, ou pelo menos presuma, que aquela operadora está autorizada a comercializar ou disponibilizar aquele produto” (Silva, 2005, p. 109). Ademais, estes contratos devem conter todos os requisitos exigidos pelo artigo 16 da Lei

⁴⁶O artigo 35 prevê que “Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei”.

nº 9.656/1998 e pela Instrução Normativa nº 28/2022, explicitando com clareza a sua segmentação e as coberturas mínimas exigidas pela lei.

Silva (2005), afirma que as operadoras deverão, obrigatoriamente, fornecer para os beneficiários de plano individual ou familiar, no momento da adesão ao plano de saúde, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais da segmentação contratada, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e transparente, os direitos e deveres de ambas as partes. Nesse sentido, o parágrafo único, do artigo 16, da Lei nº 9.656/1998 determina que:

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

Por todo o exposto, conclui-se que o plano privado de assistência à saúde, apesar de sua origem contratual civil, possui particularidades e um regime normativo complexo, consubstanciado na Lei nº 9.656/1998 e no regramento da ANS, que devem guiar a interpretação e a execução deste tipo de contrato.

3.5 Procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde e exclusões de cobertura

Os planos regulamentados ou adaptados à Lei nº 9.656/1998 deverão garantir a cobertura dos procedimentos e eventos estabelecidos no Rol da ANS, observada a segmentação contratada, nos termos do artigo 1º, da RN nº 465/2021⁴⁷, que atualmente estabelece o Rol da ANS. Não obstante, as operadoras poderão oferecer cobertura maior que a contratada, mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

A RN nº 465/2021 é acompanhada por quatro anexos, sendo os mais relevantes os anexos I e II. O anexo I contém a listagem dos procedimentos de cobertura obrigatória (consultas, exames e tratamentos), de acordo com a segmentação do plano. O anexo II contém as Diretrizes de Utilização referentes a determinados procedimentos. Explica-se: alguns

⁴⁷AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 465 (2021). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível

em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

procedimentos são de cobertura obrigatória somente quando o beneficiário atender a determinados critérios, listados no anexo II (ANS, 2021).

Estão excluídos da cobertura dos planos de saúde regulamentados, os seguintes procedimentos:

- tratamento clínico ou cirúrgico experimental isto é, aquele que:
 - a) emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regulamentados no país;
 - b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou
 - c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- inseminação artificial;
- tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12, da Lei nº 9.656/1998;
- fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Em relação aos planos não adaptados à 9.656/1988, prevalecem a cobertura e as exclusões de procedimentos e eventos de saúde definidas no contrato firmado entre as partes.

4.6. Rescisão dos contratos de planos de saúde

Os planos de saúde poderão ser cancelados, por iniciativa das operadoras, na hipótese de fraude ou não pagamento de mensalidades, como preceitua o artigo 13, inciso II, da Lei nº 9.656/1998. A rescisão poderá ocorrer, ainda, a pedido do titular do plano, nos termos da RN nº 561/2022. Estas hipóteses de rescisão do plano de saúde serão detalhadas a seguir, haja vista que o cancelamento destes contratos é um tema sensível, comumente questionado pelos beneficiários tanto por meio de NIP na ANS, quanto em processos judiciais.

4.6.1. Rescisão do contrato por iniciativa da Operadora

A Lei nº 9.656/1998 estabelece em seu artigo 13, inciso II, que a operadora poderá rescindir unilateralmente o contrato de plano de saúde em caso de fraude ou ausência de 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” (Brasil, 1998).

A fim de regulamentar o cancelamento por inadimplência do beneficiário previsto no artigo 13, inciso II, da Lei nº 9.656/1998, a ANS editou a RN nº 593/2023, que dispõe sobre a notificação por inadimplência à pessoa natural contratante de plano privado de assistência à saúde e ao beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora.

Segundo o normativo, a operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento como pré-requisito para exclusão do beneficiário, suspensão ou rescisão unilateral do contrato, motivada pelo inadimplemento. Além disso, o normativo determina que a notificação será considerada válida após o quinquagésimo dia de inadimplência se for garantido o prazo de 10 (dez) dias para pagamento do débito, contados do recebimento da notificação pelo beneficiário (ANS, 2023).

A resolução estabelece, ainda, que para a exclusão do beneficiário ou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por inadimplência, deve haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses, cabendo à operadora comprovar o envio e o recebimento pelo beneficiário da notificação sobre a situação de inadimplência (ANS, 2023).

De acordo com o artigo 8º, da RN nº 593/2023, a notificação por inadimplência poderá ser encaminhada para o beneficiário pelos seguintes meios: i) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura; ii) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta; iii) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema de URA - Unidade de Resposta Audível, com confirmação de dados pelo interlocutor e iv) carta, com aviso de recebimento - AR dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

A referida Resolução Normativa estabeleceu também que, para a notificação ser considerada válida, deverá conter o valor atualizado do débito, as mensalidades em aberto, número de dias de inadimplência, a forma e o prazo para regularização da dívida e os meios de

contato da operadora para que o beneficiário possa esclarecer suas dúvidas, dentre outras informações:

Art. 10. A notificação por inadimplência deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

I - a identificação da operadora de plano de assistência à saúde, com nome, endereço e número de registro da operadora na ANS;

II - a identificação da pessoa natural a ser notificada e dos beneficiários vinculados que poderão perder o plano de saúde por inadimplência, com nome e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);

III - a identificação do plano privado de assistência à saúde contratado, com nome e número de registro do plano na ANS;

IV - o valor exato e atualizado do débito na data de emissão da notificação;

V - o período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento constatados na data de emissão da notificação;

VI - a forma e o prazo para o pagamento do débito para a reversão da inadimplência;

VII - os meios de contato disponibilizados pela operadora para o esclarecimento de dúvidas pela pessoa natural a ser notificada (ANS, 2023).

Na hipótese em que a operadora não consegue notificar o beneficiário sobre a inadimplência, o normativo estabeleceu que a rescisão do contrato somente poderá ocorrer após 10 (dez) dias da última tentativa de contato com o beneficiário, desde que haja a comprovação pela operadora da tentativa de notificação por todos os meios descritos na RN nº 593/2023.

A rescisão do contrato, em nenhuma hipótese, poderá ser efetivada durante a internação do beneficiário de acordo com o inciso III, do artigo 13, da Lei nº 9.656/1998:

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.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

A proibição de cancelamento do contrato de plano de saúde durante a internação do beneficiário também foi referenciada na Súmula 302 do STJ, que assim dispõe: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

Ressalta-se que a RN nº 593/2023 reiterou a impossibilidade da operadora suspender ou rescindir unilateralmente o contrato durante a internação do beneficiário, nos termos do artigo 15, abaixo transcrito:

Art. 15 Durante a internação de qualquer beneficiário, titular ou dependente, de plano privado de assistência à saúde que possua cobertura assistencial hospitalar, é vedada, por qualquer motivo, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato da pessoa natural contratante por iniciativa da operadora ou a exclusão do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora. § 1º Após a alta da internação, a operadora poderá realizar a notificação por inadimplência para fins de suspensão ou rescisão unilateral do contrato ou exclusão do beneficiário, garantido o prazo de 10 (dez) dias para que seja efetuado o pagamento do débito. § 2º Nos casos de suspensão

contratual, após a alta da internação, a operadora poderá realizar a notificação por inadimplência, seguindo, assim, os termos e prazos previstos contratualmente para esse fim (ANS, 2023).

Portanto, a despeito da possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde por fraude ou inadimplência, a operadora não poderá cancelar o instrumento contratual durante o período de internação do beneficiário. Na hipótese de cancelamento do contrato em desacordo com as regras definidas na legislação ou durante a internação do beneficiário, a operadora estará sujeita ao pagamento de multa no valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), a rigor do disposto nos artigos 106 e 107 da Resolução Normativa nº 489/2022 da ANS.

3.6.2. Rescisão do contrato por iniciativa do beneficiário

A rescisão do contrato e a exclusão do plano de saúde a requerimento do beneficiário estão disciplinados atualmente na RN nº 561/2022, a qual dispõe sobre a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de contrato coletivo empresarial ou por adesão⁴⁸.

A publicação da norma teve como objetivo regulamentar as formas de rescisão do contrato de plano de saúde a pedido do beneficiário titular, estabelecendo um regramento específico para cada tipo de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial ou por adesão), de forma a garantir transparência, segurança e previsibilidade quanto ao processo de exclusão do beneficiário do plano de saúde.

Na hipótese de rescisão do contrato de plano de saúde individual ou familiar a requerimento do titular, deverão ser observadas as regras previstas no Capítulo I, Seções I e IV da RN nº 561/2022. Quanto aos casos de exclusão de beneficiários vinculados a planos coletivos empresariais, as operadoras deverão seguir o regramento estabelecido nos artigos 7 ao 10 e 15 do aludido normativo.

Por ocasião do requerimento de cancelamento do plano individual e familiar e da exclusão de plano de saúde coletivo, caberá à operadora fornecer o comprovante de recebimento da solicitação ao beneficiário. Além disso, a operadora deverá prestar ao beneficiário, de forma transparente e objetiva, todas as informações previstas no artigo 15 da RN nº 561/2022 da ANS, inclusive que a solicitação de exclusão do plano de saúde possui efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora, confira-se:

⁴⁸AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 561 (2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMzMw==> Acesso em: 16 de fev. 2025.

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na Resolução Normativa nº 438, de 2018 ou norma que vier a sucedê-la, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto na Resolução Normativa nº 195, de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, ou norma que vier a sucedê-la (ANS, 2022).

O artigo 16 da referida Resolução prevê que tais informações devem ser disponibilizadas pelo atendente da operadora no momento da solicitação realizada de modo presencial ou por meio dos canais da entidade, ou constar o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário.

A solicitação de cancelamento do plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão do plano de saúde coletivo produzirá efeitos imediatos a partir da ciência da operadora. Significa dizer que, no exato momento em que a operadora tomar conhecimento do pedido de cancelamento ou de exclusão do beneficiário titular ou dependente, o contrato do plano de saúde estará rescindido para todos os fins.

Por esta razão, as operadoras não estão obrigadas a arcar com as despesas de procedimentos que venham a ser realizados após a solicitação de cancelamento ou exclusão,

ainda que tenham sido autorizados na vigência do contrato, como dispõe o inciso IV, do art. 15, da aludida RN nº 561/2022.

Este inclusive é o entendimento manifestado pela ANS no FAQ da RN nº 561/2016 e na Central de Atendimento ao Consumidor, Perguntas e Resposta, disponíveis em seu Portal na Internet, vejamos:

30. Se o beneficiário pediu o cancelamento/exclusão do seu contrato de plano de saúde e, em data anterior ao pedido de cancelamento, tenha havido solicitação de procedimento médico ainda não realizado, mas já autorizado pela operadora, esta deverá cobrir o procedimento solicitado?

R: **Tendo em vista o efeito imediato do pedido de cancelamento/exclusão realizado pelo beneficiário**, qualquer atendimento em data e hora posterior à solicitação do cancelamento/exclusão ocorrerá às suas expensas, **mesmo que o procedimento médico tenha sido autorizado pela operadora em data anterior à data de solicitação do cancelamento/exclusão do contrato** (ANS, 2017).

Posso realizar um procedimento médico (cirurgia, exame, etc.), previamente agendado e já autorizado pela operadora, após o pedido de solicitação do cancelamento/exclusão?

R: **O seu pedido de cancelamento ou exclusão tem EFEITO IMEDIATO, a partir da ciência da operadora/administradora. Após a data e horário da sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato, você não está mais coberto pelo seu plano de saúde, logo qualquer utilização do plano (exame, cirurgia, etc.), mesmo já autorizada pela operadora, ocorrerá por conta do beneficiário** (ANS, 2017).

Logo, a operadora não está obrigada a arcar com custos de procedimentos realizados após ciência da solicitação do beneficiário de cancelamento do contrato ou exclusão do plano de saúde coletivo, mesmo que tenham sido autorizados na vigência do contrato.

3.7. Direito de Manutenção

O direito de manutenção diz respeito à continuidade do ex-empregado demitido ou aposentado no plano de saúde coletivo empresarial, conforme definição contida nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, abaixo transcritos:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

[...]

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Para fazer jus à continuidade no plano de saúde, o beneficiário tem que preencher os seguintes requisitos: i) estar inscrito em plano de saúde coletivo empresarial em razão de

vínculo empregatício, ii) ter contribuído para o plano de saúde durante o período em que trabalhou na pessoa jurídica empregadora, ainda que não esteja contribuindo no momento da rescisão contratual, iii) a rescisão ou exoneração do contrato tem que ter sido sem justa causa, ou ter sido aposentado e iv) assumir o pagamento integral do plano de saúde⁴⁹.

Cabe ponderar que a coparticipação ou franquia paga pelo beneficiário em decorrência da utilização dos serviços de saúde contratados, não é considerada mensalidade, nos termos do inciso I, do artigo 2º, da Resolução Normativa nº 488/2022:

I – contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica (ANS, 2022).

O ex-empregado tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio ou da comunicação da aposentadoria, para informar seu interesse ou não no exercício do direito. A contagem do prazo para exercício do direito de manutenção no plano somente se inicia a partir da comunicação inequívoca do ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário.

A operadora deverá, ao receber a comunicação da exclusão do beneficiário do plano, solicitar da empresa que lhe informe: a) se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; b) se o beneficiário se aposentou, mas permaneceu trabalhando na mesma empresa, e veio a se desligar do empresa; c) se o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; d) por quanto tempo o beneficiário pagou a mensalidade do plano privado de assistência à saúde; e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição⁵⁰.

O ex-empregado terá direito de ser mantido no plano de saúde por um terço de permanência do período em que tenha contribuído para o plano, assegurado um mínimo de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses:

⁴⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 488(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE00A==> . Acesso em: 17 fev. 2025.

⁵⁰AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 488(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE00A==> Acesso em: 17 fev. 2025.

Art. 4º É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. Parágrafo único. O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução.

Em relação ao aposentado, será assegurada a manutenção no plano de saúde de forma vitalícia se pagou mensalidades pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, ou à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, se contribuiu por período inferior:

Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

Em ambos os casos, o beneficiário deverá ser mantido no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

O direito de manutenção é extensivo obrigatoriamente a todo o grupo familiar que já era inscrito no plano de saúde, com possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário. Fica a critério do ex-empregado optar pelo exercício do direito individualmente ou com parte do seu grupo familiar⁵¹. Em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção do grupo familiar que já estava inscrito no plano de saúde.

Ao empregado que se aposenta e continua trabalhando na mesma empresa também é assegurado o direito de manutenção no momento em que se desligar da empresa empregadora, sendo também garantido aos dependentes do ex-empregado aposentado que veio a falecer antes do exercício desse direito:

Art. 22. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar da empresa é garantido o direito de manter sua condição de

⁵¹AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 488(2022). Disponível em:<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE00A==> . Acesso em: 17 fev. 2025.

beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e nesta Resolução.

§ 1º O direito de que trata o caput será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador.

§ 2º O direito de manutenção de que trata este artigo é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

A extinção do direito de manutenção ocorrerá pelo decurso dos prazos de manutenção, pela admissão do ex-empregado em novo emprego ou pelo cancelamento do benefício do plano de saúde pelo empregador aos seus empregados e ex-empregados⁵².

Em vista do exposto, o direito de manutenção é uma garantia legal para o usuário de plano de saúde, que poderá mantê-lo em caso de desemprego involuntário ou aposentadoria. Todavia, para que esta garantia seja efetivada deverão ser atendidos todos os requisitos impostos pela legislação de saúde suplementar. Ocorre que, muitas vezes o desconhecimento destes critérios pelos beneficiários ou descumprimento por parte das operadoras enseja a abertura de muitas reclamações na ANS, cabendo às operadoras, no âmbito da NIP, orientar os beneficiários quanto a esse direito e readmiti-los no plano quando for cabível.

⁵²Art. 26. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo: I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º desta Resolução; II – pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados. § 1º Considera-se novo emprego para fins do disposto no inciso II deste artigo o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão. § 2º Na hipótese de cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados, descrita no inciso III, a Operadora que comercializa planos individuais deverá ofertá-los a esse universo de beneficiários, na forma da Resolução CONSU nº 19, de 25 de março de 1999. Agência Nacional De Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 488(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE00A==> . Acesso em: 17 fev. 2025.

4. AS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.1. Conceito e Classificação

As Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde são pessoas jurídicas de direito privado autorizadas pela ANS a administrar, comercializar ou disponibilizar planos ou seguros privados de assistência à saúde (Receita Federal, 2024)⁵³.

Segundo o inciso II, do artigo I, da Lei nº 9.656/1998, as operadoras poderão ser constituídas sob a modalidades de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão:

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: (...)
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo (Brasil, 1998).

As operadoras são classificadas em administradora de benefícios, autogestão, cooperativa médica ou odontológica, entidade filantrópica, seguradora especializada em saúde e medicina de grupo, nos termos do artigo 6º, da RN nº 531/2022⁵⁴, c/c a RN nº 515/2022 e inciso II, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998.

4.1.1. Administradoras de Benefícios

As Administradoras de Benefícios são pessoas jurídicas responsáveis pela intermediação na contratação de planos coletivos de assistência à saúde, atuando na condição de estipulantes ou prestando serviços para entidades contratantes desses planos, tais como gestão de benefícios, atendimento ao beneficiário, gestão de sinistros, negociação com a rede credenciada (Oliveira, 2024.) Atualmente suas atividades são disciplinadas pela RN nº 515/2022 da ANS⁵⁵.

⁵³ Receita Federal. O que é operadora de planos privados de assistência à saúde? Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/dmed/o-que-e-operadora-de>. Acesso em: 10 fev.2025.

⁵⁴ Consoante artigo 6º, da RN nº 531/2022, a operadoras “deverão classificar-se nas seguintes modalidades: I - cooperativa médica; II - cooperativa odontológica; III - medicina de grupo; IV - odontologia de grupo; ou V - filantropia”. ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 531(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIyNQ==>. Acesso em: 15 fev. 2025.

⁵⁵ ANS. Resolução Normativa - RN nº 515 (2022). Dispõe sobre Administradora de Benefício. Disponível em:

Na definição de José Luiz Toro da Silva (2005), as administradoras de benefícios são responsáveis apenas pela gestão dos planos de saúde, não assumindo os riscos associados à operação desses planos. Além disso, esse tipo de operadora não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços de saúde, sendo a empresa contratante a responsável pelo financiamento desses planos.

Outrossim, as administradoras de benefício não podem restringir ou impedir o ingresso de beneficiários em plano de saúde, mediante seleção de risco, tampouco impor barreiras assistenciais que dificultam o acesso do beneficiário aos serviços de saúde contratados, conforme artigo 7º, da RN nº 515/2022⁵⁶.

Italo Martins de Oliveira (2024) destaca a importância das administradoras de benefícios para o sistema de saúde suplementar, haja vista que, por meio de sua atuação, promovem uma maior eficiência na gestão dos planos, otimizam o acesso à rede de prestadores de serviços e oferecem programas voltados a saúde e bem-estar dos beneficiários.

4.1.2. Autogestões

As autogestões são operadoras sem fins lucrativos que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo delimitado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a entidade instituidora, patrocinadora ou mantenedora da operadora de planos privados de assistência à saúde. Poderão ser incluídos nos planos de saúde geridos por estas entidades, ex-empregados, inativos e grupos familiares definidos⁵⁷.

Essas operadoras subdividem-se em três categorias: i) autogestões por recursos humanos: a própria empresa oferta o plano de assistência à saúde aos seus empregados, por meio do seu departamento de recursos humanos, ii) autogestão com mantenedor: a operadora é vinculada a uma entidade pública ou privada mantenedora, a qual é responsável total ou parcialmente pelos custos do plano de saúde, e iii) autogestão sem mantenedor: a própria

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxMA==>. Acesso em: 08 fev. 2025.

⁵⁶ ANS. Resolução Normativa - RN nº 515 (2022). Dispõe sobre Administradora de Benefício. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxMA==>. Acesso em: 15 fev. 2025.

⁵⁷ ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual de tópicos de saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania. Rio de Janeiro: ANS, 2021. p. 17. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf. Acesso em: 15 fev. 2025.

operadora garante os riscos decorrentes da operação de planos de saúde, por meio da constituição das garantias financeiras exigidas pela regulamentação em vigor⁵⁸.

Os requisitos exigidos pela ANS para atuação das autogestões são: i) oferta de plano de saúde a grupo fechado de pessoas, ii) finalidade não lucrativa, iii) gestão participativa de beneficiários, iv) correlação de atividade entre patrocinador e vinculados e v) regras diferenciadas de compartilhamento de rede.

As características mais relevantes das autogestões são a impossibilidade de comercializar planos de saúde livremente no mercado, tendo em vista que os planos de saúde são ofertados para um grupo específico e delimitado de beneficiários, e a participação paritária dos beneficiários e dos representantes dos mantenedores/instituidores nos Conselhos Deliberativos destas entidades (Silva, 2025).

Justamente por se tratarem de entidades sem finalidade lucrativa, que não operam planos de saúde no mercado, e por terem representantes das instituidoras e dos beneficiários em seus órgãos deliberativos, não há relação de consumo entre os beneficiários destes planos e as autogestões, como assevera o jurista José Luiz Toro da Silva (2024, p. 205-206):

⁵⁸ A Resolução Normativa nº 137/2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão na saúde suplementar, define “como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão: I – a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: a) sócios da pessoa jurídica; b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão; c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão; d) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão; e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; II – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora; d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; j) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; k) as pessoas previstas nas alíneas “e”, “f”, “h”, “i” e “j” vinculadas ao instituidor desde que este também seja patrocinador ou mantenedor da entidade de autogestão; ou III - pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários: a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão; c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e d) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores. §1º A entidade de autogestão só poderá operar plano privado de assistência à saúde coletivo e restrito aos beneficiários mencionados nos incisos I, II e III deste artigo”. ANS. Resolução Normativa - RN nº 137 (2006). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=MTExNW==>. Acesso em: 11 fev. de 2025.

[...] verifica-se que as autogestões não possuem finalidade lucrativa, sendo que, os seus beneficiários são, na maioria dos casos ao mesmo tempo “consumidores” e “proprietários” das mencionadas entidades, participando da tomada de decisões, com direito a votar e ser votado, mesmo que de forma indireta, ou então esses planos de saúde são decorrente de relação laboral ou negociação coletiva de trabalho, não se caracterizando, portanto, como uma verdadeira relação de consumo. Evidencia-se, portanto, através da simples leitura do art.2º, da Resolução Normativa - Rnº 137, de 2006, e suas alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que inexistente a condição de consumidor nas autogestões, pois são destinadas a um público fechado, não podendo essas entidades disponibilizar planos de saúde no mercado de consumo [...]

Corroborando o exposto, colaciona-se o voto do Ministro Massami Uyeda do STJ proferido por ocasião do julgamento do Recurso Especial 1121067/PR, que esclarece, didaticamente, como atuam as autogestões:

I - Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e no seu conselho deliberativo ou de administração há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam despesas da intermediação.

II - Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois, quem tem maior salário, contribui com mais para o todo, e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente.

III - A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de autogestão, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. A Lei dos planos de saúde dá tratamento diferenciado a essa modalidade (Lei 9.656/98 - art. 10, § 3º).

IV - O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano desse certo. Os associados que seguem e respeitam as normas do plano, arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora. (STJ - Resp 1121067/PR. Rel. Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, Data de Julgamento: 21.06.2022, Data de Julgamento: 03.02.2022).

Acompanhando o entendimento adotado pelo Ministro Massami Uyeda, o STJ editou a Súmula nº 608, segundo a qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidade de autogestão”.

Portanto, é evidente a inaplicabilidade do CDC aos planos de saúde geridos pelas autogestões, em razão da inexistência de relação de consumo, por se tratarem de planos de saúde com gestão paritária, sem finalidade lucrativa, e destinados, exclusivamente, a grupos fechados.

Ressalta-se, ainda, que recentemente a ANS abriu uma tomada de subsídios para alteração da Resolução Normativa da RN nº 137/2006, com o objetivo de proporcionar mais transparência e efetividade às regras que disciplinam as autogestões⁵⁹, o que demonstra a importância destas entidades para o setor de saúde suplementar.

4.1.3. Cooperativas Médicas e Odontológicas

As Cooperativas Médicas e Odontológicas são pessoas jurídicas constituídas na forma da Lei nº 5.764/1971 e que operam planos privados de assistência à saúde, conforme dispõe a RN nº 531/2022⁶⁰. Essas cooperativas são geridas por seus médicos ou dentistas cooperados, de modo que estes profissionais atuam, ao mesmo tempo, como sócios e prestadores de serviços de assistência à saúde, recebendo, portanto, tanto pela sua produção individual, como por sua qualidade de sócio⁶¹.

⁵⁹Segundo a ANS: “Dada a sua importância para o setor e a necessidade de avaliação dos normativos que regulamentam esse tipo de modalidade de operadora, a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, responsável pela classificação das operadoras conforme suas características, coordenou a ARR sobre o tema. As normas vigentes sobre esse tipo de modalidade tentaram trazer maior clareza e transparência ao setor já que à época, esse tipo de operadora gozava de maiores benefícios no contexto regulatório, notadamente quanto à regulação prudencial. Foram trazidos critérios claros para as regras de patrocínio e para aqueles que poderiam ser enquadrados como mantenedores, além de definir as obrigações regulatórias atinentes a essas figuras. Assim, acredita-se que, em linhas gerais, o objetivo regulatório proposto foi atingido com a publicação da norma. Entretanto, ao tentar delinear critérios de distinção normativa para essa modalidade, foram criados conceitos indeterminados para definir e delimitar a atividade das autogestões, cuja interpretação pode estar sujeita a modificação com o passar do tempo. A análise individualizada das consultas sobre o normativo e alterações estatutárias submetidas à ANS ao longo dos anos, fazem com que interpretações distintas sobre questões semelhantes sejam dadas de forma individualizada, podendo gerar divergências. Nesse sentido, faz-se necessária uma ampla rediscussão do tema com a participação social para que possam ser consolidados os entendimentos formulados pelas áreas técnicas, um estudo pormenorizado de ajustes possíveis às restrições consideradas sensíveis ao enquadramento como modalidade além do levantamento dos dados relacionados à fiscalização e assistência. De forma a permitir a participação social e iniciar os debates, foi aprovada pela 603ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada (18/03/2024) a participação da sociedade por meio da Tomada de Subsídios, tendo como objetivo avaliar a necessidade de alteração e ajuste dos normativos vigentes. Trata-se, portanto, de mecanismo de consulta aberto ao público para coletar dados, informações e/ou evidências sobre um futuro relatório preliminar de Análise de Impacto Regulatório (AIR), a fim de auxiliar a tomada de decisão regulatória pela ANS. A Tomada de Subsídios Pública pretende, portanto, receber contribuições da sociedade sobre os pontos de atenção ressaltados no relatório de ARR, em que se vislumbraram questões sensíveis ao funcionamento das autogestões”. ANS. TPS nº 03 - Tomada de subsídios com o objetivo de receber contribuições sobre a atual regulamentação das Autogestões. Tomada de subsídios com o objetivo de receber contribuições sobre a atual regulamentação das Autogestões. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/tomada-publica-de-subsidios-tps/tps-no-03>. Acesso em: 11 fev. 2025.

⁶⁰ Art. 7º Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde. ANS. Resolução Normativa - RN nº 531(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIyNQ==>. Acesso 08 fev.2025.

⁶¹ ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual de tópicos de saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania. Rio de Janeiro: ANS, 2021. p. 15. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf. Acesso em: 15 fev. 2025.

Além disso, tais sociedades podem comercializar planos para pessoas físicas ou jurídicas e constituir rede de serviços própria ou contratar terceiros. Assim como as autogestões, estas sociedades não podem auferir lucro, razão pela qual, ao final de cada exercício é feita a distribuição de sobras aos cooperados⁶².

4.1.4. Entidades Filantrópicas

Por sua vez, as entidades filantrópicas são pessoas jurídicas que não possuem fins lucrativos e são reconhecidas pelos órgãos competentes como sendo de utilidade pública, bem como possuem certificado de entidade beneficente de assistência social fornecido pelos órgãos competentes, conforme artigo 11, da RN nº 531/2022. Essas entidades podem comercializar planos de saúde individuais/familiares e coletivos, e prestam seus serviços por meio de rede própria ou credenciada⁶³.

4.1.5. Seguradora Especializada em Saúde

As seguradoras especializadas em saúde são as sociedades seguradoras que operam seguro saúde com o objetivo de auferir lucro e possuem objeto social exclusivo para a atuação no setor de saúde suplementar, nos termos da Lei nº 10.185/2001. Segundo o referido normativo estas seguradoras estão sujeitas às normas e a fiscalização da ANS⁶⁴.

4.1.6. Medicina de Grupo

Classificam-se como medicina de grupo todas as operadoras de planos de saúde que não se enquadram nas modalidades anteriormente citadas, nos termos do artigo 9º, da RN nº

⁶² Nesse sentido, os artigos 3º e 4º, inciso VII, da Lei nº 5.764/1971, afirmam que “Art. 3º Celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro. Art. 4º As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:(...)VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral (Brasil, 1971).

⁶³ ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR .Manual de tópicos de saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania. Rio de Janeiro:ANS, 2021. p. 18. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf . Acesso em: 15 fev. 2025.

⁶⁴ O parágrafo segundo, do artigo primeiro, da Lei nº 10.185/2001, estabelece que as seguradoras especializadas em seguro privado de assistência à saúde “ficam subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde -ANS, que poderá aplicar-lhes, em caso de infringência à legislação que regula os planos privados de assistência à saúde, as penalidades previstas na Lei nº 9.656, de 1998, e na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000”. Brasil. Lei nº 10.185 (2001). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10185.htm. Acesso em: 12 de fev. 2025.

531/2022⁶⁵. Estas operadoras, que possuem finalidade lucrativa, oferecem planos de saúde em larga escala, na modalidade de pré-pagamento, sendo seus beneficiários vinculados por meio de planos de saúde coletivos ou individuais/familiares (Silva, 2005). Os serviços de assistência à saúde são prestados diretamente pela própria operadora ou por meio de rede credenciada.

4.2. Critérios para Funcionamento das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

A autorização de funcionamento é obrigatória para qualquer pessoa jurídica que tenha interesse em atuar no setor de saúde suplementar, em qualquer das modalidades descritas acima. Assim, para que as operadoras possam comercializar planos ou seguros de saúde é obrigatória a obtenção de autorização de funcionamento pela ANS, cuja validade é por prazo indeterminado, conforme determina o artigo 8º, da Lei nº 9.656/1998⁶⁶.

O referido normativo estabelece os seguintes requisitos para concessão da autorização de funcionamento: i) registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso; ii) descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros; iii) descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços; iv) especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria; v) demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados; vi) demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras; e vii) especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

As pessoas jurídicas que pretendem atuar na saúde suplementar também deverão proceder a capitalização necessária para a consecução de suas atividades, em função da sua modalidade, segmentação e região de comercialização (ANS, 2021).

As autogestões são dispensadas da demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos e da apresentação da especificação da

⁶⁵ Art. 9º Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de seguradora especializada em saúde, nos termos da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, de autogestão, conforme regulamentação específica, ou outra modalidade contida nas Seções I e V desta Resolução Normativa.ANS.Resolução Normativa - RN nº 531(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIyNQ==>. Acesso 12 fev.2025.

⁶⁶ Lei nº 9.9656 (1998). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1996/lei/9656.htm . Acesso em: 21 de jul.2022.

área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do §1º, do artigo 8º, da Lei nº 9.656/1998⁶⁷.

O processo de obtenção autorização de funcionamento junto à ANS é realizado, exclusivamente, por meio do portal de serviços do Governo Federal (www.gov.br). Para tanto, a operadora deverá apresentar requerimento, acompanhado dos documentos listados no Anexo I da RN nº 543/2022, inclusive o comprovante de pagamento da Taxa de Registro da Operadora - TRO, vejamos:

ANEXO I
CONDIÇÕES GERAIS PARA CONCESSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE
FUNCIONAMENTO ÀS PESSOAS JURÍDICAS PRETENDENTES

1. Para fins de obtenção de autorização de funcionamento como operadora de plano de assistência de saúde ou como administradora de benefícios, a pessoa jurídica que pretende atuar no mercado de saúde suplementar deverá utilizar o Portal de Serviços do Governo Federal para protocolar requerimento, acompanhado dos documentos listados nesse Anexo I, assim como formulário de solicitação de registro disponível no sítio institucional da ANS na internet – www.ans.gov.br/ans. 1.1 Documento indicando formalmente o Representante da pessoa jurídica junto à ANS e o responsável pela área técnica de saúde, especificando o ato de designação, nomeação ou indicação e o prazo de duração, se houver. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas da indicação do responsável pela área técnica de saúde. 1.2 Documento indicando o nome do contador e o número do registro no Conselho Regional de Contabilidade. 1.3 Documento que apresente relação dos administradores em exercício na data da solicitação da autorização de funcionamento junto à ANS, indicando o ato e a data da eleição, nomeação ou designação, cargo e mandato. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. 1.4 Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do Anexo à RN nº 520, de 29 de abril de 2022, por meio da qual o(s) seu(s) administrador(es) declara(m) que não se enquadra (m) em nenhuma das restrições elencadas pela ANS para o exercício do cargo. 1.5 Cópia da Guia de Recolhimento da União - GRU referente ao recolhimento da Taxa de Registro de Operadora - TRO, conforme o inciso II do art. 20 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. 1.6 Cópia dos atos constitutivos consolidados da pessoa jurídica, registrados no órgão competente. 1.7 Cópia da ata de Assembleia Geral Ordinária e/ou Extraordinária e/ou de Reunião do Conselho de Administração, devidamente registrada em órgão competente, que elegeu os administradores, cujos mandatos estejam em curso, quando for o caso. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. 1.8 Balanço Patrimonial, demonstração de resultado do último exercício e último balancete de verificação, todos devidamente rubricados em todas as folhas e assinados pelo presidente da empresa e pelo contador. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. 1.9 Declaração assinada pelo representante legal da pessoa jurídica quanto à classificação e às previsões da segmentação, relacionando a região de comercialização da Operadora de Plano de Assistência à Saúde, na forma da regulamentação normativa específica vigente. 1.10 No caso de pessoa jurídica pretendente que tenha como

⁶⁷ Lei nº 9.9656 (1998). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm . Acesso em: 21 de jul.2022.

sócio(s) pessoa jurídica já constituída, enviar, adicionalmente, cópia do último contrato social consolidado e da ata da última Assembleia Geral Extraordinária que aprovou o Estatuto Social atual, sendo que, quando se tratar de organização com sede no exterior, tais documentos deverão ser traduzidos e registrados em Representação Diplomática do Brasil no país em que estiver situada a sede da instituição, acompanhados da respectiva tradução em língua portuguesa, feita por tradutor público juramentado. 1.11 Na análise do caso concreto, a ANS poderá solicitar que a operadora de planos privados de assistência à saúde apresente a estrutura do grupo controlador e o mapa de sua composição de capital e das pessoas jurídicas que dele participam. Caso o sócio seja pessoa jurídica, também deverá ser informado seu sócio, até o nível de pessoa física, quando possível. 1.12 As entidades filantrópicas deverão enviar cópia do certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente. 1.13 Comprovação de regularidade quanto à exigência de Capital Base – CB, conforme disposto na regulamentação normativa vigente, bem como de ativos garantidores, constituição de provisões técnicas, margem de solvência e capital baseado em riscos, quando for o caso. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. 1.14 Comprovante eletrônico obtido do sistema de Registro Declaratório Eletrônico (RDE) no Banco Central - BACEN, dos recursos utilizados pelo(s) controlador(es) para fazer face ao empreendimento, no caso de capital de origem estrangeira. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem. 1.15 Cópia do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, bem como cópia do registro nos Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia - CRO do responsável pela área técnica de saúde. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas da apresentação da cópia do registro do responsável pela área técnica de saúde no Conselho Regional de Medicina e/ou de Odontologia. 1.16 A pessoa jurídica de direito privado que solicitar sua classificação na modalidade de autogestão deverá observar os termos dos normativos próprios, em especial no que tange ao cumprimento dos artigos 2º e 4º da RN nº 137, de 2006 e posteriores alterações. 1.17 Documento indicando formalmente o endereço de correspondência da pessoa jurídica junto à ANS. Considera-se endereço de correspondência aquele fornecido pela pessoa jurídica para fins cadastrais e de intimações por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via. 2. Em se tratando de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade cooperativa, seu ato constitutivo deverá conter a seguinte cláusula: “Nenhum dispositivo deste Estatuto deverá ser interpretado no sentido de impedir os profissionais cooperados de se credenciarem ou referenciarem a outras operadoras de planos de saúde ou seguradoras especializadas em saúde, que atuam regularmente no mercado de saúde suplementar, bem como deverá ser considerado nulo de pleno direito qualquer dispositivo estatutário que possua cláusula de exclusividade ou de restrição à atividade profissional (ANS, 2022).

Na hipótese de apresentação de documentação incompleta, a ANS não apreciará o pedido de registro e devolverá a documentação à entidade requerente sem instauração de processo administrativo. Tendo sido apresentados todos os documentos exigidos pela legislação, é aberto processo administrativo específico para avaliação dos requisitos documentais e econômico-financeiros aplicáveis. Quando são identificadas pendências ou irregularidades, é enviada a relação dos itens a serem regularizados pelo solicitante, necessários

à continuidade do processo. Por sua vez, se na análise dos documentos e dos aspectos econômico-financeiros a ANS concluir que não existem pendências, é concedido o Registro de Operadora (ANS, 2020). Em relação às Administradoras de Benefícios, como não é exigido o Registro de Produtos, o Registro de Operadora e a Autorização de Funcionamento são concedidos no mesmo ato⁶⁸.

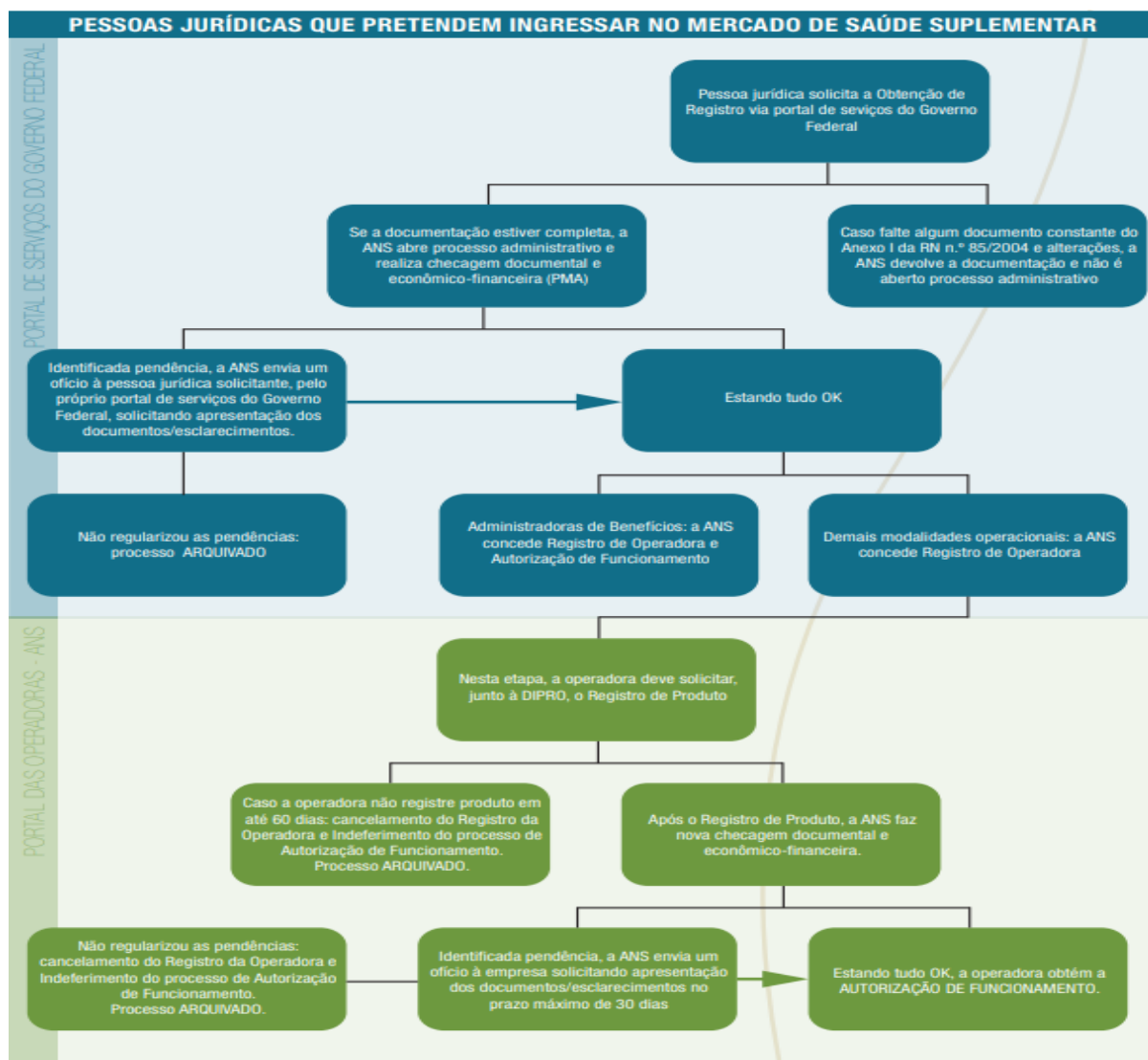
Contudo, a obtenção do Registro de Operadora ainda não habilita a operadora a comercializar ou disponibilizar seus produtos. Isto porque, após a concessão do Registro de Operadora, será necessário que a entidade também registre seus planos de saúde na ANS. A operadora que não registrar seus produtos em até 60 (sessenta) dias, contados da comunicação da obtenção do Registro de Operadora, terá o seu registro e autorização de funcionamento cancelados⁶⁹e, conseqüentemente, será cancelada a autorização de funcionamento da Operadora.

Registrados os produtos, mantendo a operadora a regularidade com os documentos e exigências econômico-financeiras exigidos pela ANS, será concedida a Autorização de Funcionamento por meio de publicação no Diário Oficial da União - DOU. O processo de autorização de funcionamento das operadoras é detalhado pela ANS.

Figura 3 - Fluxo das etapas do processo de autorização de funcionamento:

⁶⁸ ANS. Cartilha Autorização de Funcionamento. 3ª.ed. Gov.br, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/espaco-da-operadora-de-plano-de-saude/registro-e-manutencao-de-operadoras-e-produtos-1/Cartilha_Autorizacao_de_Funcionamento_002_semgov.pdf . Acesso em: 15 fev. de 2025. p. 08.

⁶⁹ O inciso VII, do artigo 21, da RN nº 543/2022, prevê que “A ANS cancelará o registro da Operadora nos seguintes casos: (...) VII - ausência de solicitação de registro de produto no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data de recebimento do ofício que comunica a concessão do registro de operadora, conforme § 1º do art. 10 desta Resolução”; Em complemento, o inciso I, do artigo 22 do mesmo normativo, dispõe que; “ A ANS cancelará a autorização de funcionamento da Operadora nos seguintes casos: I - de cancelamento do registro de Operadora, previsto no artigo anterior;” AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 543(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI4Mw==>. Acesso 15 fev. de 2025.



Fonte: ANS, 2020.

5.3 Encerramento das atividades das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

O encerramento das atividades das operadoras poderá ser voluntário ou compulsório. As operadoras poderão voluntariamente requerer o encerramento das suas atividades perante a ANS, desde que não existam mais beneficiários em sua carteira, ou dívida com a rede credenciada. Para tanto, as operadoras deverão cumprir os seguintes requisitos estabelecidos pelo parágrafo terceiro, do artigo 8º, da Lei nº 9.656/1998:

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS (Brasil, 1998).

Ao solicitar o cancelamento voluntário da autorização de funcionamento ou registro, as operadoras devem encaminhar um pedido à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, assinado pelo representante legal da empresa, fornecendo o código de registro da operadora na ANS e o número do CNPJ, juntamente com os seguintes documentos: i) cópia autenticada do ato societário que decidiu pelo término das operações de planos de saúde; ii) declaração de inexistência de vidas nos planos de saúde que integram a carteira da operadora, informando a data efetiva da ausência de beneficiários; iii) declaração de inexistência de obrigações para com a rede de prestadoras de serviços de saúde; e iv) declaração de que não possui contratos de assistência médica, como operadora, com pessoa física ou jurídica⁷⁰.

Os pedidos de cancelamento que não contemplam todos os requisitos acima não serão encaminhados para análise da ANS, sendo toda documentação devolvida à operadora (ANS, 2022).

Instaurado o processo de cancelamento de registro da operadora ou de autorização de funcionamento, fica suspenso o envio das informações periódicas obrigatórias a partir da data de atendimento dos requisitos e pressupostos legais para o cancelamento. Entretanto, permanecem exigíveis as obrigações de natureza financeira, decorrentes de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar -TSS⁷¹. O cancelamento somente será concluído após a conferência dos documentos pela ANS, podendo esta autarquia solicitar outras informações que confirmem as declarações da operadora.

As operadoras também poderão ter o encerramento das atividades compulsoriamente determinado pela Agência, quando não forem cumpridas as exigências legais, a rigor do

⁷⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 543(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI4Mw==> . Acesso 15 fev. de 2025.

⁷¹ No julgamento do Recurso Repetitivo nº 1123, o STJ entendeu pela inexigibilidade do pagamento da TSS por operadoras a ANS, visto que a base legal para sua cobrança afronta o princípio da legalidade, tendo fixado a seguinte tese: "O art. 3º da Resolução RDC 10/2000 estabeleceu, em concreto, a própria base de cálculo da Taxa de Saúde Suplementar - especificamente na modalidade devida por plano de saúde (art. 20, I, da Lei 9.961/2000) - , em afronta ao princípio da legalidade estrita, previsto no art. 97, IV, do CTN". (STJ – Tema Repetitivo 1123 - Recurso Especial nº 1872241 / PE - Primeira Seção - Relator Ministro Herman Benjamin, Julgamento 23/11/2022, Publicação 14/12/2022. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?b=ACOR&livre=202001005041.REG.%20E%2014/12/022.FONT> . Acesso em: 07 fev.2025.

disposto no artigo 23, da RN nº 543/2022⁷². Instaurado o processo de cancelamento pela ANS, fica mantida a exigência de cumprimento de todas as obrigações regulamentares, até que seja efetivada a baixa do registro da operadora. Para que o cancelamento seja efetuado, a ANS adotará as medidas cabíveis para transferência compulsória dos beneficiários para outras operadoras.

Finalizado o processo de cancelamento, verificando-se a existência de dívidas com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, poderá ser decretada a liquidação extrajudicial da operadora com a consequente efetivação do cancelamento do registro da operadora⁷³.

Os registros cancelados, sejam a pedido ou compulsoriamente, não são passíveis de reativação. Além disso, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não podem manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros junto à ANS, sob pena de responsabilidade por atividade irregular (ANS, 2024).

⁷² “Art. 22. A ANS cancelará a autorização de funcionamento da Operadora nos seguintes casos: I – de cancelamento do registro de Operadora, previsto no artigo anterior; II - de ocorrência das hipóteses previstas na regulamentação normativa vigente quanto à aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, em conformidade com o art. 25, VI, da Lei nº 9.656/98; III – de não regularização das informações cadastrais, após esgotadas duas oportunidades para o saneamento das pendências e por deliberação da Diretoria Colegiada da ANS; ou IV – nas hipóteses previstas no art. 1.125 do Novo Código Civil”. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 543(2022). Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI4Mw==>.

Acesso 15 fev. de 2025.

⁷³ ANS. Cancelamento de Registro de Operadoras. Gov.br, 11 out. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/cancelamento-de-registro-de-operadoras#:~:text=Exig%C3%A4ncias%20legais%20para%20solicita%C3%A7%C3%A3o%20de%20cancelamento%20a%20pedido&text=declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20inexist%C3%A4ncia%20de%20obriga%C3%A7%C3%B5es,com%20pessoa%20f%C3%ADsica%20ou%20jur%C3%ADdica>. Acesso em: 15 fev.2025.

5. A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

5.1. O contexto de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A constituição das agências reguladoras no Brasil como órgãos autônomos e desvinculados da administração direta ocorreu no contexto de uma ampla reforma do Estado brasileiro implementada durante a década de noventa (Pereira, 1998). A reforma estatal foi orientada por diretrizes internacionais que preconizavam a redução do papel do Estado no fornecimento direto de bens e serviços, o estabelecimento de marcos regulatórios para os setores privatizados e a adoção de modelos gerenciais na administração pública.

O governo brasileiro, ao redefinir o papel do Estado na economia, adotou como premissas: a privatização (transferência de empresas estatais para a iniciativa privada com o objetivo de aumentar a eficiência econômica), a modernização da gestão pública (com ênfase na eficiência, descentralização, meritocracia e resultados) e a regulação das atividades econômicas (Pereira, 1998).

A regulação representa, portanto, uma das características da passagem do Estado brasileiro positivo para um Estado regulador orientado para o desenvolvimento econômico (Filho, 2024). Sobre esse tema, Leite (2024, p. 132) também defende que:

Houve uma mudança paradigmática na intervenção do Estado na economia brasileira, marcada pela difusão do conceito de Estado Regulador. Este novo modelo implicou na redução do protagonismo estatal na intervenção direta e na proliferação de modelos contratuais que formalizaram a transferência da execução de atividades públicas para empresas privadas. Tal transformação ganhou relevância especial no contexto do aprofundamento da globalização econômica e revolução tecnológica, que ainda persiste.

Nesse contexto, nascem as agências reguladoras, entidades integrantes da Administração Pública Indireta, com a função primordial de disciplinar os serviços desestatizados, abrangendo tanto atividades econômicas quanto serviços públicos e outras atividades de interesse público (Leite, 2024).

O surgimento das agências reguladoras foi impulsionado pela crise da intervenção estatal na economia e pelo esgotamento do modelo burocrático de administração pública. O Estado passa por um processo de redução de sua atuação direta na prestação de serviços públicos, para então assumir um papel de regulador da iniciativa privada (Secchin, 2024).

A essas entidades autárquicas foram atribuídos poderes de regulação, normatização, controle e fiscalização, como destacam Sérgio Guerra e Natasha Schmitt Caccia Salinas:

As agências reguladoras são entidades da Administração Pública indireta que ingressaram no cenário brasileiro no contexto da reforma do Estado empreendida ao longo dos anos 1990. Embasando-se em um modelo de Estado pluricêntrico e na possível distinção entre políticas de Estado e de governo, às agências reguladoras foram outorgados poderes de regulação, normatização, controle e fiscalização sobre setores variados da economia. No âmbito federal, foram criadas agências para regular o comportamento de agentes econômicos inseridos em setores variados como os de transportes terrestre, aquaviário e aéreo, gestão de recursos naturais, produção audiovisual, planos de saúde e vigilância sanitária (Guerra; Salinas, 2020, p. 02).

O jurista José Luiz Toro da Silva (2005) atribui as seguintes características a estas entidades: a) são autarquias especiais; b) são dotadas de autonomia financeira e administrativa; c) possuem poderes normativos, de fiscalização e atribuição para decidir administrativamente litígios sobre matérias de sua competência; d) possuem controle de metas de desempenho fundamentadas nas diretrizes do Poder Público; e) a direção é colegiada, sendo seus diretores nomeados pelo Presidente da República, após aprovação do Senado Federal; f) o mandato de seus diretores é por prazo determinado; e g) encerrado o mandato, seus dirigentes ficam impedidos, por prazo certo e determinado, de atuar no setor atribuído à agência reguladora.

Luiz Celso Dias Lopes (2024) esclarece que dentre as principais características das agências reguladoras destacam-se três: i) poder regulador definido em lei, representado pela capacidade de regular, controlar, fiscalizar e punir; ii) autonomia administrativa, evidenciada pelo mandato de seus dirigentes e pela flexibilidade dos instrumentos de gestão, e iii) autonomia financeira, garantida pela arrecadação de taxas específicas (no caso da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar - TSS⁷⁴).

A ausência de subordinação hierárquica e a autonomia administrativa e financeira das agências reguladoras foi positivada com a recente edição da Lei nº 13.848/2019, que buscou aprimorar a governança regulatória por meio da definição de regras sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social dessas autarquias⁷⁵.

No contexto da criação de agências reguladoras, como parte do processo de reconfiguração do Estado brasileiro, a ANS se destaca como um exemplo concreto da transição do Estado interventor para o Estado regulador. Instituída por meio da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a ANS é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. A sua missão institucional é fomentar a defesa do interesse público no mercado de saúde

⁷⁴ Vide Nota de Rodapé 71.

⁷⁵ Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras [...]. Art. 3º A natureza especial conferida à agência reguladora é caracterizada pela ausência de tutela ou de subordinação hierárquica, pela autonomia funcional, decisória, administrativa e financeira e pela investidura a termo de seus dirigentes e estabilidade durante os mandatos, bem como pelas demais disposições constantes desta Lei ou de leis específicas voltadas à sua implementação (Brasil, 2019).

suplementar, regular as operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores e beneficiários, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil (ANS, 2024).

Assim como outras agências reguladoras, a ANS é dotada de autonomia administrativa, financeira, patrimonial, na gestão de recursos humanos, e em suas decisões técnicas, o que lhe permite atuar com independência e eficiência. A gestão da ANS é exercida por uma Diretoria Colegiada, composta por 5 (cinco) diretores, com mandatos não coincidentes de cinco anos, sem possibilidade de recondução, nos termos do artigo 3º, da Lei nº 13.848/2019:

Art. 3º A natureza especial conferida à agência reguladora é caracterizada pela ausência de tutela ou de subordinação hierárquica, pela autonomia funcional, decisória, administrativa e financeira e pela investidura a termo de seus dirigentes e estabilidade durante os mandatos, bem como pelas demais disposições constantes desta Lei ou de leis específicas voltadas à sua implementação (Brasil, 2019).

Conforme aponta Montone (2003), a instituição da ANS por meio da Lei nº 9.961/2000, que assumiu todas as atribuições de regulação da saúde suplementar, representou um marco regulatório para o setor. Essa transformação reflete a característica do Estado regulador, que, como discutido anteriormente, foi uma resposta ao modelo de intervenção estatal direta que prevalecia até a década de 1990. Como destaca Luiz Celso Dias Lopes:

A ANS é criada no bojo de uma nova forma de atuar do Estado brasileiro, o qual, assim como a maioria dos Estados modernos, pautava sua ação governamental objetivando o bem-estar social, provendo e realizando diretamente a prestação dos serviços públicos. Esse Estado pré-globalizado é também chamado de intervencionista ou provedor. Sendo assim, o Estado passou a ter, em determinadas áreas econômicas, o poder de mediação dos interesses privados, de normatização e fiscalização dessas relações. As forças de mercado, graças à flexibilização das normas, agem livremente, sendo apenas “vigiadas” e “mediadas” pelo Estado. É nesse contexto que surgem no Brasil as agências reguladoras. São elas fruto de um novo Estado, agora pós-globalizado, o Estado regulador ou não intervencionista”. (2024, p. 327).

Sob essa perspectiva, Filho (2024) aponta aspectos positivos da implementação de uma agência reguladora específica para a saúde suplementar, como a condução de políticas públicas por uma entidade autônoma e técnica, resultando em segurança jurídica para o mercado de saúde suplementar, redução da assimetria da informação e atuação de um corpo técnico especializado e capacitado para enfrentar as demandas do setor.

A criação da ANS insere-se, portanto, em um movimento amplo de reconfiguração do Estado brasileiro, que passou de um modelo de intervenção para um modelo regulador. A despeito dos desafios inerentes a este setor, a ANS tem se mostrado essencial para a proteção dos beneficiários, aprimoramento dos serviços e o fortalecimento das relações entre os atores do setor. Sua atuação evidencia a relevância das agências reguladoras na modernização da

administração pública e na construção de um modelo mais eficiente e democrático de governança.

5.2 A competência da ANS para fiscalizar o setor de saúde suplementar

Alexandre Mazza afirma que as agências reguladoras possuem competência legal para definir normas que regulamentem seus respectivos setores de atuação, exercendo, assim, seu poder normativo (2013). Além disso, essas autarquias também detêm poder de polícia, que envolve a fiscalização e a aplicação de penalidades dentro de suas áreas de competência.

No caso específico da ANS, a Lei nº 9.961/2000 conferiu-lhe atribuição para regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde em todo território nacional, como infere-se do artigo primeiro:

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (Brasil, 2000).

No tocante a competência fiscalizatória, o artigo 4º, da Lei nº 9.961/2000 estabelece que a ANS possui atribuição para:

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; (...)
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;(...)
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação; (...)
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos (Brasil, 2000).

O exercício do poder de polícia conferido pela lei à ANS envolve, entre outras ações, a apuração de infrações, aplicação de penalidades, celebração de termo de compromisso de ajuste de conduta, promoção da mediação entre os atores do setor. Tais funções são desempenhadas pela Diretoria de Fiscalização – DIFIS, cujas atribuições regimentais estão detalhadas no artigo 28, da Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022, abaixo transcrito:

Art. 28. À Diretoria de Fiscalização - DIFIS compete:
I - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

II - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

III – instaurar, instruir e decidir em primeira instância os processos administrativos destinados à apuração de infrações aos dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, bem como aplicar as correspondentes penalidades, se for o caso, excetuados os que tenham por objeto o não envio ou o envio irregular das informações ou dos documentos obrigatórios ou outras matérias passíveis de representação que decorram do monitoramento, análise ou solicitação relacionados à Diretoria competente, cuja instauração e instrução caberá à respectiva área com remessa à Diretoria de Fiscalização para decisão;

IV - promover a articulação com os órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor - SNDC e da sociedade civil organizada, inclusive ações de cooperação técnica, visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços de assistência suplementar à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

V - planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades da Central de Relacionamento da ANS, e gerenciar o serviço do Disque ANS;

VI - planejar, controlar, coordenar, organizar e executar as ações de fiscalização da ANS;

VII – promover medidas de indução às boas práticas no âmbito da prevenção de infrações à legislação de saúde suplementar;

VIII - promover medidas que visem à mediação ativa de interesses entre os agentes regulados, com vistas à solução consensual dos casos de conflito;

IX - desenvolver, manter e executar, em articulação com as demais Diretorias, sistema de informações que contenha informações e dados das atividades de fiscalização, compreendendo demandas oriundas de beneficiários, operadoras, prestadores de serviços e demais interessados do mercado de saúde suplementar;

X- definir as operadoras a serem objeto de intervenção fiscalizatória, conforme regulamentação específica;

XI- propor a instauração de Câmaras Técnicas sobre os assuntos de sua competência;

XII - uniformizar entendimentos, a vigorarem no âmbito da DIFIS, sobre a aplicação da legislação atinente ao mercado de saúde suplementar, a configuração de infração à legislação dos planos privados de assistência à saúde e seus regulamentos, bem como sobre a aplicação da correspondente sanção;

XIII - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XIV - celebrar, nas condições que estabelecer termo de ajuste de conduta, conforme Lei nº 9.656/1998 complementada pela Lei nº 13.848/2019, e termo de compromisso, na forma da Lei nº 9.656/1998, bem como e fiscalizar seu cumprimento;

XV - supervisionar, coordenar e controlar as ações dos Núcleos no âmbito administrativo, excetuados os aspectos relativos à licitação, contratação e infraestrutura que serão tratados pela DIGES;

XVI - supervisionar, coordenar e controlar as ações dos Núcleos no exercício da atividade de fiscalização do setor de saúde suplementar;

XVII – promover a especial designação dos agentes que exercerão as atividades de fiscalização da ANS, estabelecendo os limites de tal exercício, com fulcro no §1º do art. 20 da Lei nº 9.656/98 (Brasil, 2022).

As disposições citadas acima revelam não apenas a atribuição legal da ANS de fiscalizar o setor de saúde suplementar, mas também a possibilidade de utilizar ferramentas para mediação de conflitos. Além disso, evidenciam o papel estratégico da ANS na proteção dos beneficiários de planos de saúde (parte hipossuficiente neste mercado), na garantia da qualidade dos serviços ofertados e na estabilidade do setor. Ao exercer seu poder de polícia, a ANS não se limita à aplicação de sanções, mas atua, inclusive por meio da NIP, de forma preventiva,

educativa e conciliatória, reforçando a sua relevância como ente regulador do mercado de saúde suplementar.

Conclui-se, portanto, que a atuação fiscalizatória da ANS, ancorada em fundamentos legais e práticas administrativas eficientes, constitui um pilar essencial para o equilíbrio entre os interesses das operadoras, prestadores e consumidores, contribuindo diretamente para a melhoria contínua do setor de saúde suplementar no Brasil.

Ao exercer suas competências regulatória e fiscalizatória, a ANS desempenha um papel fundamental na proteção dos beneficiários de planos de saúde, na garantia da qualidade dos serviços ofertados e na estabilidade do setor.

6. A POSSIBILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ADOTAR MECANISMOS DE SOLUÇÃO CONSENSUAL DE CONFLITOS

A atuação da Administração Pública no Brasil, tradicionalmente, é caracterizada pela supremacia do interesse público sobre o privado, pela indisponibilidade do interesse público e pela unilateralidade, imperatividade, autoexecutoriedade, hierarquia, e com a priorização da forma e processo (Kusma, 2023). Para o professor Alexandre Mazza esta forma de atuação do Estado representa o modelo de administração burocrática, caracterizado por:

a) toda autoridade baseada na legalidade; b) relações hierarquizadas de subordinação entre órgãos e agentes; c) competência técnica como critério para seleção de pessoal; d) remuneração baseada na função desempenhada, e não pelas realizações alcançadas; e) controles de fins; f) ênfase em processos e ritos” (Mazza, 2013, p. 35).

Nesse contexto, os atos da administração pública são dotados de imperatividade, o que implica que as decisões tomadas unilateralmente pela Administração Pública devem ser integralmente cumpridos pelos particulares, como explicita a professora Juliana Palma (2014, p. 144):

Ocorre que é o paradigma da imperatividade que lastreia e orienta a prática administrativa. Em termos, o paradigma da imperatividade corresponde ao exercício das competências administrativas por meio de ato administrativo unilateral e imperativo. A decisão administrativa é unilateralmente tomada pela Administração e imposta ao administrado independentemente de sua aquiescência.

Entretanto, nas últimas décadas, fundamentado no princípio da eficiência, o qual foi introduzido no artigo 37, caput, da CF/1988 pela Emenda Constitucional nº 19/98, o modelo de atuação da Administração Pública pautada na imperatividade de seus atos e na supremacia e indisponibilidade absoluta do interesse público, vem dando espaço para a adoção de um modelo de administração pública gerencial, cujo objetivo é a obtenção de resultados por meio de uma atuação mais ágil e eficiente da Administração Pública. A eficiência impõe que a Administração Pública busque resultados mais rápidos e eficazes, reduzindo desperdícios e aumentando a qualidade dos serviços prestados à população. Com a adoção desse princípio, o Estado começa a repensar seu papel não mais apenas como um poder coercitivo, mas como um facilitador que busca maior interação e colaboração com a sociedade.

A transição para esse novo modelo reflete uma mudança de paradigma no Direito Administrativo, que passa a incorporar instrumentos voltados à solução consensual de conflitos, à cooperação entre a Administração Pública e os administrados e a busca por decisões mais eficazes e menos onerosas. Essa transformação do Direito Administrativo se alinha a tendências internacionais, em que diversos países vêm implementando mecanismos de governança

colaborativa para aprimorar a gestão pública, reduzir litígios e aumentar a eficiência dos serviços prestados à população.

Sob esta ótica, a Administração Pública passa a adotar a consensualidade como mecanismo de resolução para conflitos, pois este instrumento proporciona a construção de soluções pelas próprias partes, reduzindo o tempo e os recursos despendidos por parte da Administração Pública. Ademais, a consensualidade incentiva a participação popular na gestão pública, promovendo maior transparência e confiança na atuação estatal. O estímulo à negociação e à cooperação também contribui para um ambiente regulatório mais previsível e menos litigioso, beneficiando tanto os administrados quanto a própria Administração Pública.

Dessa forma, não há que se falar que a utilização da consensualidade para o exercício das competências da Administração Pública ofende os princípios da supremacia e indisponibilidade do interesse público. Ao contrário, a adoção da consensualidade em âmbito administrativo favorece a promoção das finalidades públicas de forma mais eficiente, estável e transparente a depender das circunstâncias do caso concreto, como afirma a professora Juliana Palma:

Todavia, ainda que se reconheça valor ao princípio da supremacia do interesse público, tampouco a consensualidade administrativa pode ser compreendida, *a priori*, como uma afronta ao princípio da supremacia do interesse público. Pelo contrário, no caso concreto a celebração de acordo administrativo pode ser a própria materialização do interesse público tendo em vista os potenciais efeitos positivos da consensualidade frente à atuação administrativa imperativa, como a economia de tempo e recursos, bem como o direcionamento da decisão consensual para o problema colado na situação fática (Palma, 2014, p.162).

Corroborando com o exposto, o Supremo Tribunal Federal -STF no julgamento do Recurso Extraordinário – RE nº 253885, afirmou que o princípio da indisponibilidade do interesse público deve ser mitigado quando a solução adotada pela Administração Pública estiver em harmonia com os interesses da coletividade⁷⁶. Essa decisão reflete o reconhecimento, pelo Poder Judiciário, da importância da flexibilização do modelo tradicional em favor de soluções mais eficazes e adequadas ao interesse público.

⁷⁶STF. Supremo Tribunal Federal (1ª Turma). Recurso Extraordinário 253885. Poder Público. Transação. Validade. Em regra, os bens e o interesse público são indisponíveis, porque pertencem à coletividade. É, por isso, o Administrador, mero gestor da coisa pública, não tem disponibilidade sobre os interesses confiados à sua guarda e realização. Todavia, há casos em que o princípio da indisponibilidade do interesse público deve ser atenuado, mormente quando se tem em vista que a solução adotada pela Administração é a que melhor atenderá à ultimação deste interesse. Assim, tendo o acórdão recorrido concluído pela não onerosidade do acordo celebrado, decidir de forma diversa implicaria o reexame da matéria fático-probatória, o que é vedado nesta instância recursal (Súm. 279/STF). Recurso extraordinário não conhecido. Recorrente: Município de Santa Rita do Sapucaí. Recorrido: Lazara Rodrigues Leite e Outras. Relatora. Min. Ellen Gracie, 21 de junho de 2002. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur99342/false> . Acesso em: 05 de jul.2024.

A despeito da consensualidade ter se firmado, nos últimos anos, como uma das técnicas de exercício da atividade administrativa, e da existência de legislações esparsas, não existia no ordenamento jurídico brasileiro uma norma que autorizasse expressamente a adoção da consensualidade pela Administração Pública.

Dessa forma, por meio da alteração promovida pela Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2018, que inclui na Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro - LINDB o artigo 26, o legislador autorizou expressamente a Administração Pública a exercer a consensualidade administrativa, por meio da celebração de acordos e compromissos, vejamos:

Art. 26. Para eliminar irregularidade, incerteza jurídica ou situação contenciosa na aplicação do direito público, inclusive no caso de expedição de licença, a autoridade administrativa poderá, após oitiva do órgão jurídico e, quando for o caso, após realização de consulta pública, e presentes razões de relevante interesse geral, celebrar compromisso com os interessados, observada a legislação aplicável, o qual só produzirá efeitos a partir de sua publicação oficial.

§ 1º O compromisso referido no caput deste artigo:

I - buscará solução jurídica proporcional, equânime, eficiente e compatível com os interesses gerais;

III - não poderá conferir desoneração permanente de dever ou condicionamento de direito reconhecidos por orientação geral;

IV - deverá prever com clareza as obrigações das partes, o prazo para seu cumprimento e as sanções aplicáveis em caso de descumprimento. (BRASIL, 2018).

Tal alteração legislativa propiciou uma maior segurança jurídica aos acordos firmados com os particulares, garantindo previsibilidade e estabilidade nas relações jurídicas e viabilizando soluções mais ágeis e efetivas para a concretização do interesse público.

A Lei nº 13.655/2018 consagra a dinâmica de atuação consensual ao estabelecer permissivo genérico para que toda a Administração Pública, independente de lei ou regulamento específico, celebre compromissos. Também confere importantes diretrizes para uma prática consensual mais pública e paritária, visando ao efetivo atendimento de interesses gerais. Assim, trabalha para o desenvolvimento da consensualidade administrativa com maior efetividade e segurança jurídica (Guerra; Palma, 2018, p. 140).

A posituação da consensualidade na LINDB fortalece a governança pública e incentiva a adoção de práticas regulatórias mais flexíveis e responsivas. A Administração Pública passa a atuar de maneira menos impositiva e mais orientada para a mediação de interesses, ampliando a capacidade de prevenção e resolução de conflitos de forma célere e equilibrada. Logo, a adoção da consensualidade pela Administração Pública não apenas aprimora a gestão dos conflitos administrativos, mas também representa um avanço significativo na modernização do Estado brasileiro, tornando-o mais eficiente, acessível e em sintonia com as demandas da sociedade contemporânea.

Seguindo a tendência de adoção da consensualidade pela Administração Pública, a ANS implementou a NIP, um mecanismo inovador de solução extrajudicial de conflitos no setor da saúde suplementar. O objetivo da ANS, em consonância com vertente moderna do Direito Administrativo, é resolver os conflitos relativos aos planos de saúde de forma amigável, promovendo a segurança jurídica e incentivando a construção colaborativa das soluções.

O modelo adotado pela ANS é um reflexo direto da aplicação do princípio da eficiência, ao garantir que os conflitos sejam resolvidos de forma célere, sem os custos e morosidade do processo judicial tradicional. A adoção deste instrumento de mediação também reforça o compromisso da Agência com a transparência e a proteção dos direitos dos consumidores, ao mesmo tempo em que assegura a estabilidade das relações contratuais no setor de saúde suplementar. A NIP é, portanto, um exemplo de como a consensualidade pode ser integrada à atuação administrativa, proporcionando benefícios para todas as partes envolvidas e promovendo a efetivação do interesse público.

7. A NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIÇÃO PRELIMINAR

7.1. O processo administrativo sancionador da ANS

Antes de aprofundar o estudo sobre a Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, é fundamental conhecer a estrutura do processo administrativo sancionador da ANS, para melhor compreensão desse instituto.

Como abordado anteriormente, no exercício de seus poderes de polícia e normativo, a ANS regulamenta e fiscaliza todo setor de saúde suplementar por meio da publicação de normas que disciplinam a assistência à saúde e a atuação dos entes regulados. Assim, as operadoras têm o dever legal de atuar em conformidade com a Lei nº 9.656/1998 e com a regulamentação da ANS.

No caso de descumprimento dessas normas, as operadoras estão sujeitas às penalidades previstas no artigo 25 da Lei nº 9.656/1998, atualmente disciplinadas na Resolução Normativa – RN nº 489/2022, após regular tramitação do processo administrativo sancionador. Para apurar eventuais infrações e aplicar as sanções cabíveis, a ANS inicialmente editou a RN nº 48/2003, posteriormente revogada pela RN nº 388/2025. Atualmente o processo administrativo sancionador no âmbito da Autarquia é disciplinado pela RN nº 483/2022, que estabelece os procedimentos para a estruturação e realização das ações fiscalizatórias da Agência⁷⁷.

Ao processo sancionador da ANS aplicam-se, subsidiariamente, a Lei nº 9.784/1999, que regula o tema no âmbito da Administração Pública Federal direta e indireta⁷⁸, e as normas do Código de Processo Civil - CPC⁷⁹. Além disso, não se pode olvidar que incidem nesse tipo de processo os princípios constitucionais do contraditório e da ampla defesa.

A redação originária da RN nº 48/2003 estabelecia que o processo administrativo sancionador era iniciado pelo auto de infração, pela representação ou pela denúncia⁸⁰.

Com o advento da RN nº 388/2015, a ANS realizou uma profunda alteração em seu processo sancionador, ao introduzir uma fase pré-processual composta pelo procedimento da

⁷⁷ ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==>. Acesso em: 16 fev. 2025.

⁷⁸ Lei nº 9.784/1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9784.htm. Acesso em: 21 de jul. 2022.

⁷⁹ Lei nº 13.105 (2015). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 15 de fev. 2025.

⁸⁰ A redação original do artigo 3º, da RN nº 48/2003, determinava que o “Processo Administrativo para apuração de infração a dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar e aplicação de sanção é originado por: I - Auto de Infração; Representação ou Denúncia”. ANS.. Resolução Normativa - RN nº 48 (2003). Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244009>. Acesso em: 21 jul. 2022.

NIP, o qual será tratado detalhadamente no oitavo capítulo desta dissertação, e pelo procedimento administrativo preparatório, prévio à fase processual sancionatória⁸¹.

O processo administrativo preparatório terá início por meio do recebimento de denúncia que caracteriza-se como toda reclamação, solicitação de providências ou outras petições que, por qualquer meio, forem recepcionadas pela ANS, e contenham indícios de violação à lei ou ato infra legal, e não se enquadrem no procedimento de NIP.

A operadora será notificada da denúncia e terá 10 (dez) dias para apresentar resposta. Transcorrido o referido prazo, o órgão competente analisará os documentos juntados ao processo e decidirá pelo: i) arquivamento da demanda, caso não procedente; ii) arquivamento da demanda, por reconhecimento da reparação voluntária e eficaz da conduta - RVE; ou III) prosseguimento do feito, iniciando-se a fase processual do processo administrativo sancionador⁸².

Ultrapassada a fase pré-processual, é instaurado o processo administrativo para apuração de infrações aos dispositivos legais ou infralegais que regem o setor de saúde suplementar, através da lavratura de auto de infração ou representação.

Nesta fase, a operadora será intimada para apresentar defesa no prazo de 10 (dez) dias ou apresentar requerimento de pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária correspondente à infração administrativa com desconto de 40% (quarenta por cento):

Art. 33. Em substituição à apresentação de defesa, pode o interessado, querendo, apresentar requerimento de pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, no prazo de 10 (dez) dias, a contar da intimação. §1º Na hipótese de apresentação do requerimento previsto no caput, o interessado fará jus a um desconto percentual de 40% (quarenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, a qual não poderá, entretanto, ser inferior, tampouco superior aos limites previstos no art. 27 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. ANS. §2º Para fins de aplicação do desconto previsto neste artigo, não serão considerados para o cálculo da multa correspondente as causas de aumento e diminuição da pena, bem como as agravantes e atenuantes, aplicando-se, contudo, os fatores de compatibilização previstos na norma que dispõe sobre a aplicação de penalidades no âmbito da ANS. §3º O desconto percentual previsto no caput não se aplica para as infrações de natureza potencialmente coletivas (ANS, 2022).

⁸¹ Segundo o artigo 4º, da RN nº 483, compete à ANS “de de ofício ou mediante provocação, cientificada do suposto cometimento de infração a dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, instaurar: I – Procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP; ou II – Procedimento administrativo preparatório, prévio à fase processual sancionatória; ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==> . Acesso em: 16 fev. 2025.

⁸² ANS. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==> . Acesso em: 16 fev. 2025.

Na hipótese de apresentação de defesa, o processo seguirá para a fase de instrução e julgamento, momento em que poderão ser produzidas as provas relevantes para o deslinde do feito.

Concluída a instrução, o Diretor de Fiscalização proferirá decisão devidamente fundamentada. Desta decisão caberá recurso no prazo de 10 (dez) dias, contados da intimação da operadora. Recebido o recurso poderá a autoridade que proferiu a decisão recorrida reconsiderá-la de forma fundamentada. Mantida ou reconsiderada parcialmente a decisão, o Diretor de Fiscalização remeterá o processo à Diretoria Colegiada para julgamento.

Ressalta-se que, em substituição à apresentação do recurso, e no mesmo prazo deste, a operadora poderá solicitar o pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária fixada na decisão proferida, hipótese em que fará jus a um desconto percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor desta⁸³.

A RN nº 483/2022 prevê, ainda, em seu artigo 44, que quando surgirem novos fatos ou circunstâncias relevantes suscetíveis de justificar a inadequação da sanção imposta, o processo poderá ser revisto pela Diretoria Colegiada, a pedido ou de ofício. Entretanto, o relator poderá negar seguimento à revisão quando não restar comprovado a ocorrência dos fatos novos ou circunstâncias relevantes capazes de alterar a decisão. Destaca-se que a revisão do processo não poderá resultar em agravamento da sanção anteriormente imposta⁸⁴.

No caso de reforma parcial ou não provimento do recurso, a operadora será intimada para efetuar o pagamento do valor atualizado da multa no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de inscrição do débito na dívida ativa da ANS e no registro do devedor no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais - CADIN. Por outro lado, se o

⁸³ ANS. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==>. Acesso em: 16 fev. 2025.

⁸⁴ Art. 44. Quando surgirem fatos novos ou circunstâncias relevantes suscetíveis de justificar a inadequação de sanção imposta, o processo poderá ser revisto pela Diretoria Colegiada, a pedido ou de ofício. §1º O relator negará seguimento à revisão quando a seu juízo não houver fatos novos ou circunstâncias relevantes suscetíveis de justificar a inadequação de sanção imposta, encaminhando para a Diretoria Colegiada apenas os processos que considere aptos à revisão. §2º Não se aplica a regra do parágrafo anterior aos processos que o relator tenha proferido voto vencido no processo objeto da revisão e na hipótese de a decisão revista ter sido proferida em única instância administrativa pela autoridade competente. §3º Da revisão do processo não poderá resultar agravamento da sanção anteriormente imposta. ANS. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==>. Acesso em: 16 fev. 2025.

recurso for provido, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no órgão de imprensa oficial, e o processo será arquivado:

Art. 43. Recebido o recurso poderá a autoridade que proferiu a decisão recorrida reconsiderá-la de forma fundamentada.

(...)

§10. No caso de provimento parcial ou de não provimento do recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no órgão de imprensa oficial e o processo encaminhado à área técnica responsável para intimar a operadora a efetuar o pagamento do valor atualizado da multa, no prazo de 30 (trinta dias), sob pena de inscrição do débito na dívida ativa da ANS e inscrição do devedor no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais – Cadin.

§11. No caso de provimento total do recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no órgão de imprensa oficial e o processo arquivado. (ANS, 2022).

Destarte, tem-se que atualmente o processo administrativo da ANS é composto por duas fases: a fase pré-processual, representada pela NIP e pelo procedimento administrativo preparatório, e a fase processual, que se inicia com a lavratura do auto de infração ou da representação. A ênfase atribuída pela ANS à fase pré-processual denota a sua intenção de resolver as demandas pertinentes à saúde suplementar de forma conciliatória e com segurança jurídica.

7.2 Fundamentos para implementação da NIP

Como exposto, para apurar as condutas das operadoras em desconformidade com a regulamentação e aplicar as penalidades cabíveis, a ANS adotava um longo processo administrativo sancionador.

Acontece que a aplicação de sanções se mostrou ineficiente para resolver os litígios envolvendo as operadoras e seus beneficiários, bem como para promover uma efetiva alteração da conduta do ente regulado no que tange a adequação à legislação de saúde suplementar. Isto porque, as reclamações contra planos de saúde e a instauração de processos administrativos sancionadores cresciam vertiginosamente desde a criação ANS, sem que houvesse uma solução efetiva das demandas e uma mudança de postura dos entes regulados.

Diante deste cenário, visando adotar um sistema regulatório mais lógico, educativo, preventivo e promotor de boas práticas, a ANS desenvolveu a NIP, como esclarecido pela própria Agência no artigo denominado *Resolução extrajudicial de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde*, vejamos:

[...] na tentativa de mudar o foco sancionatório e punitivo para o foco educativo/preventivo, como forma de aperfeiçoar o seu processo de trabalho, a ANS implementou o uso da resolução extrajudicial de conflitos no mercado de saúde

suplementar, como forma de aprimorar a comunicação entre operadoras e consumidores de planos de assistência à saúde e otimizar os procedimentos fiscalizatórios. A Diretoria de Fiscalização (Difis/ANS) desenvolveu um dispositivo comunicacional para solução prévia de conflitos, denominado Notificação Intermediação Preliminar (NIP) (ANS, 2014, p. 182).

A NIP é um instrumento de mediação de conflitos, cujo objetivo é estabelecer uma comunicação eficaz entre operadoras e beneficiários de planos de saúde e, conseqüentemente, solucionar de forma célere às demandas/queixas relativas aos planos de saúde, conforme conceituado pela ANS na exposição de motivos referente à Resolução Normativa que instituiu o procedimento da NIP:

A Notificação de Investigação Preliminar – NIP é, portanto, um dispositivo comunicacional de mediação ativa, cuja finalidade – é estabelecer ligação adequada e ágil entre beneficiários de planos de saúde e operadoras de planos de assistência à saúde, em face de demandas sobre negativa de cobertura assistencial. Assim, a NIP tem como potencialidades dar celeridade e solução para as questões de negativas de cobertura, promovendo o instituto da Reparação Voluntária e Eficaz; encaminha as demandas, que não tivera, resolutividade na mediação, aos Núcleos de Atendimento para abertura de processos administrativos devidamente instruídos, de modo a facilitar o trabalho de apuração realizado pelos fiscais (ANS, 2010, p. 02).

Ao implementar essa ferramenta de solução extrajudicial de controvérsias, Freire afirma que a ANS esperava obter os seguintes benefícios: “para o consumidor, buscava-se o recebimento de uma resposta ágil para o seu problema; para a operadora, a possibilidade de equacionar situações decorrentes de questões particulares e utilizar o instituto da reparação voluntária e eficaz; e, para a ANS, a diminuição do número de processos administrativos sancionadores instaurados (...)”. (2021, p.28)

Para além dos benefícios para os atores do mercado de saúde suplementar, a NIP evidencia uma evolução significativa na forma de atuação da ANS, ao incorporar mecanismos de resolução consensual de conflitos como estratégia prioritária na solução de reclamações dos beneficiários. Sob esta perspectiva, a ANS está em plena consonância com a tendência contemporânea da Administração Pública de privilegiar o princípio da consensualidade, promovendo soluções mais ágeis, eficazes e menos onerosas.

7.3 Instrumentalização da NIP

A NIP foi implementada pela ANS em 2008, por meio do projeto-piloto NIP com duração de 60 (sessenta) dias e participação voluntária de 35 (trinta e cinco) operadoras de grande porte com atuação em todo território nacional⁸⁵.

⁸⁵Exposição de Motivos referente à Resolução Normativa que instituiu o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (ANS. Consulta Pública 32. Exposição de Motivos. Brasília, 16 jun. de 2010. Disponível

Para acompanhar o projeto-piloto e apresentar a proposta de instrumento de mediação à ANS, foi criado um grupo técnico de trabalho composto por três representantes da Agência, dez representantes de operadoras e um representante do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC).

A participação das operadoras no projeto-piloto possibilitou a identificação da estrutura e recursos necessários para recebimento da NIP e apresentação da respectiva resposta. Além disso, permitiu o reconhecimento de falhas no procedimento da NIP que foram corrigidas ao longo do projeto (ANS, 2014). A percepção dos consumidores também foi fundamental e contribuiu para evidenciar lacunas e necessidade de aprimoramento do fluxo da NIP.

Devido ao sucesso do Projeto Piloto, foi aberta a consulta pública nº 32, por meio da qual a ANS convidou a sociedade para participar da elaboração da norma destinada a regulamentar a NIP, assegurando transparência e participação social no processo de normatização.

A NIP foi regulamentada pela Resolução Normativa - RN nº 226/2010⁸⁶, e consistia em uma ferramenta de solução de conflitos entre beneficiários e operadoras, cujo objeto era negativa de cobertura (ANS, 2014). A NIP era aplicada somente aos entes regulados que aderissem voluntariamente ao procedimento.

A figura abaixo ilustra, de forma didática, esta primeira fase de implementação da NIP:

Figura 4 - 1ª Fase do Projeto Resolução Extrajudicial de Conflitos- NIP

1ª Fase do Projeto Resolução Extrajudicial de Conflitos – NIP	Data da Realização
Projeto-Piloto	Outubro/2008 – 60 dias
Criação de Grupo Técnico de Trabalho Intersetorial	Outubro/2008 – 60 dias
Ampliação do Projeto-Piloto aos Núcleos Regionais da ANS	Março/2009
Conclusão da Elaboração do Projeto	Março/2010
Desenvolvimento da Funcionalidade NIP no Sistema Integrado de Fiscalização	Março/2010
Elaboração da Norma do Projeto	Julho/2010
Aprovação da Diretoria Colegiada da ANS	Agosto/2010
Implantação da Resolução Extrajudicial de Conflitos – NIP	Novembro/2010

Fonte: ANS, 2014.

em <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-32> Acesso em: 25 nov. de 2024).

⁸⁶AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa - RN nº 226 (2010). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0226_05_08_2010.html. Acesso em: 21 jul. 2022.

Em 2014, com a vigência da RN nº 343/2013⁸⁷, a NIP foi reformulada para contemplar também as reclamações que não eram relacionadas à cobertura de procedimentos⁸⁸ e tornou-se obrigatória para todas as operadoras. Além disso, o normativo alterou a nomenclatura da ferramenta para Notificação de Intermediação Preliminar, reforçando seu caráter pré-processual e de instrumento de resolução de conflitos (Freire; Tostes, 2021).

Posteriormente, a ANS editou a RN nº 388/2015⁸⁹, que ampliou e dinamizou o alcance da NIP, e a RN nº 444/2019⁹⁰ que, dentre outras alterações, instituiu a fase da classificação residual das demandas. Com a revogação das referidas normas, atualmente a NIP é regulada pela RN nº 483/2022, alterada pela RN nº 579/2023⁹¹, que extinguiu a fase de classificação residual da NIP.

Segundo o art. 5º, da RN nº 483/2022, a NIP é classificada em demandas assistenciais e não assistenciais. A NIP assistencial é a notificação de toda e qualquer restrição de acesso a eventos e ou procedimentos de saúde. Por outro lado, a NIP não assistencial diz respeito a notificação que tem como referência outros temas vinculados a plano de saúde, como, por exemplo, reajuste de mensalidade, suspensão ou rescisão do contrato, etc, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação, vejamos:

Art. 5º O procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP consiste em um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde - operadoras, inclusive as administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual.

Parágrafo único. A NIP é classificada em:

I - NIP assistencial: a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial; e

II - NIP não assistencial: a notificação que terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação (ANS, 2022).

⁸⁷AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 343 (2013). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0343_17_12_2013.html. Acesso em: 21 jul. 2022.

⁸⁸A segunda etapa da NIP foi implementada por meio da Resolução Normativa (RN) nº 343/2013, e passou a contemplar todas as demandas de reclamação de consumidores: demandas assistenciais e não assistenciais. (ANS, 2014).

⁸⁹AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 388 (2015). Disponível em https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33345888/do1-2015-11-26-resolucao-normativa-rn-n-388-de-25-de-novembro-de-2015-33345797. Acesso em: 21 jul. 2022.

⁹⁰AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 444 (2019). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=MzcwMA==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

⁹¹AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 579(2023). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>. Acesso em: 08 fev. de 2025.

Para que uma reclamação seja enquadrada como uma NIP, deve estar relacionada a uma conduta que afete diretamente o beneficiário do plano de saúde, motivo pelo qual demandas de caráter difuso e coletivo não são registradas como NIP e, portanto, devem ser apuradas no âmbito do processo administrativo sancionador⁹². Nesse sentido, Fernanda Bragança, Juliana Loss e Renata Braga afirmam que: “A reclamação precisa ser relacionada ao consumidor individualmente considerado. Assim, demandas coletivas e difusas não podem ser tratadas por meio da NIP” (Braga; Bragança; Loss, 2022, p. 47).

O beneficiário pode apresentar sua reclamação por vários meios, dentre eles, ligação telefônica por meio do Disque ANS, atendimento presencial em Núcleo da ANS, preenchimento de formulário eletrônico no site da ANS ou pela plataforma Consumidor.gov.br. Em qualquer caso, as demandas que se enquadrarem nas definições do artigo 5º, da RN nº 483/2022⁹³, serão registradas como NIP e tramitarão por meio eletrônico, de acordo com os artigos 7º e 8º, da RN nº 483/2022⁹⁴.

Recebida a NIP pela ANS, a operadora será notificada para que adote as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao beneficiário no prazo de 05(cinco) dias úteis, para aquelas cujo objeto tem natureza assistencial, e em 10 (dez) dias úteis para aquelas que não tenham conteúdo assistencial, nos termos do artigo 10, da RN nº 483/2022⁹⁵. Nas duas situações, e não sendo o caso de improcedência da reclamação, a operadora deverá comprovar para a ANS que entrou em contato o beneficiário e solucionou seu problema em caráter de Reparação Voluntária e Eficaz - RVE, dentro dos prazos assinalados.

Corroborando o exposto, o artigo 20 da RN nº 483/2022 estabelece que será considerada a Reparação Voluntária e Eficaz da conduta no âmbito da NIP quando a demanda for solucionada nos prazos assinalados no artigo 10 do normativo, vejamos:

⁹² Fernanda Bragança, Juliana Loss e Renata Braga afirmam que: “A reclamação precisa ser relacionada ao consumidor individualmente considerado. Assim, demandas coletivas e difusas não podem ser tratadas por meio da NIP”. (BRAGA, Renata; BRAGANÇA, Fernanda; LOSS, Juliana. Plataformas de solução de conflitos nas agências reguladoras e implantação da Resolução n.358 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Brasília: Revista Eletrônica do CNJ, v.6, n.1, jan./jun. 2022. ISSN 2525-4502. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/ojs/index.php/revista-cnj/issue/view/9> Acesso em: 25 nov. de 2024).

⁹³AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==> . Acesso em: 02 fev. 2025.

⁹⁴AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==> . Acesso em: 02 fev. 2025.

⁹⁵ Art. 10. Recebida a demanda de reclamação pela ANS, a operadora será notificada para que adote as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao beneficiário nos seguintes prazos: I - até 5 (cinco) dias úteis na NIP assistencial; e II - até 10 (dez) dias úteis na NIP não assistencial (ANS,2022).

Art. 20. Considera-se reparação voluntária e eficaz - RVE a adoção pela operadora de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação.

§ 1º Nos casos tratados através do procedimento NIP, a reparação voluntária e eficaz somente será reconhecida caso a operadora adote as medidas previstas no caput deste artigo nos prazos definidos no art. 10 desta Resolução.

As formas de reparação voluntária e eficaz da conduta variam conforme a natureza da demanda. Por exemplo, na hipótese de reclamação por negativa de cobertura, a operadora deverá garantir o atendimento assistencial para configurar a RVE. Quanto ao reembolso de valores cobrados indevidamente do beneficiário, para que seja considerada RVE, a RN nº 483/2022 determina a devolução em dobro da quantia paga, acrescida de juros e correção monetária, como infere-se do parágrafo terceiro, do artigo 20, transcrito a seguir:

Art. 20. (...) § 3º Na hipótese de cobrança de valores devidos ao beneficiário diretamente pela operadora, a prova inequívoca deverá ser feita por meio de apresentação de documentação que comprove a devolução em dobro da quantia paga, acrescida de juros e correção monetária, quando será reconhecida a RVE, desde que observados os prazos previstos nos parágrafos 1º e 2º deste artigo (ANS, 2022).

A NIP será considerada como resolvida quando o beneficiário informar a solução da questão, ou quando, mesmo após notificado, deixar de se manifestar. Caso o beneficiário não se manifeste, a ANS presumirá que a demanda foi resolvida 10 (dez) dias após receber a resposta da operadora, nos termos do artigo 12, da RN nº 483/2022:

Art. 12. Findo o prazo previsto no art. 10, salvo nas hipóteses do art. 13, a demanda de reclamação será considerada resolvida, caso o beneficiário, dentro dos 10 (dez) dias subsequentes:

I - informe que o conflito foi solucionado pela operadora; ou

II - não efetue contato de retorno junto à ANS noticiando que sua demanda ainda carece de solução.

§ 1º A presunção de resolução de que trata o inciso II deste artigo não impede o beneficiário de, a qualquer tempo, retornar o contato com a ANS relatando que a demanda não foi solucionada, quando esta será reaberta e encaminhada para classificação.

§ 2º Ainda que o beneficiário não efetue o retorno conforme o caput ou o § 1º deste artigo, a ocorrência de qualquer das hipóteses previstas nos incisos II a VII do art. 13 importará na classificação da demanda.

§ 3º Quando do registro da demanda de reclamação, o beneficiário será informado da necessidade de retornar o contato com a ANS no prazo de 10 (dez) dias após o término do prazo para manifestação da operadora, devendo ser comunicado com clareza do teor do caput e do § 1º deste artigo.

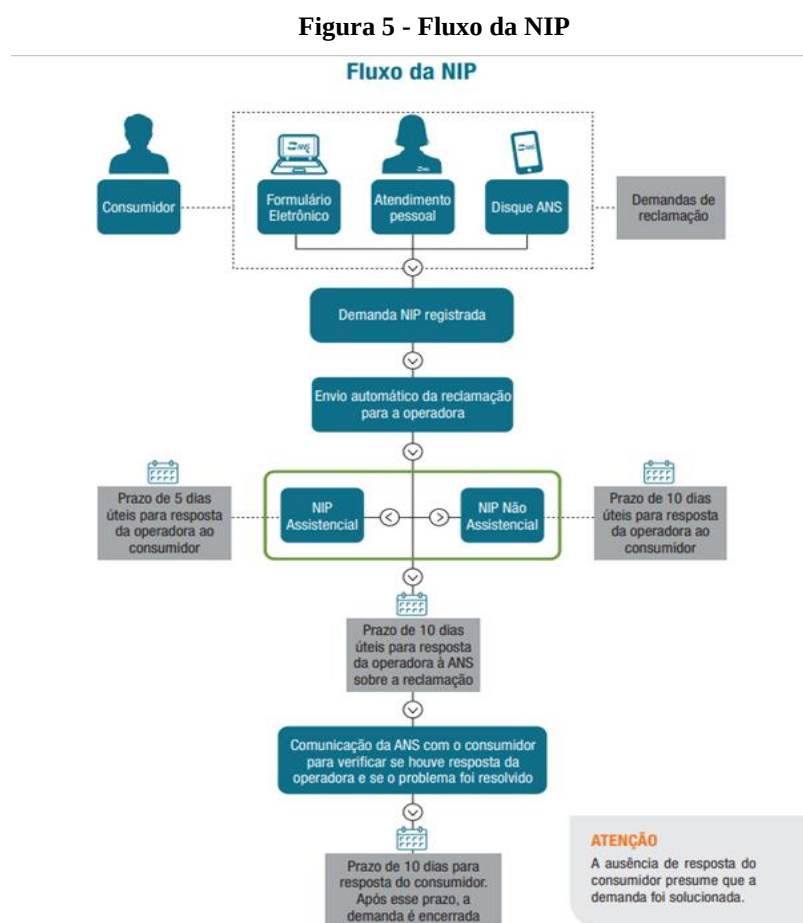
§ 4º Finalizado o prazo para resposta da operadora, o beneficiário será novamente informado da necessidade de entrar em contato com a ANS no prazo que resta para completar aquele disposto no §3º, a fim de comunicar se sua demanda foi ou não solucionada, e que a sua omissão acarretará a presunção de resolução de que trata o inciso II deste artigo (ANS, 2022).

Ultrapassada a fase de intermediação, as demandas serão classificadas nas seguintes hipóteses, de acordo com o estabelecido pelo artigo 14 da RN nº 483/2022: sem indício de

infração, resolvida por RVE, não resolvida, beneficiário não pertence à operadora, demanda em duplicidade, insuficiência de dados mínimos de identificação, e agente regulado não responsável. O beneficiário será cientificado do conteúdo do relatório conclusivo da NIP contendo a respectiva classificação e decisão quanto ao arquivamento⁹⁶. A qualquer tempo, desde que devidamente motivada, a NIP poderá ser reaberta de ofício pela ANS.

Todas as demandas classificadas como não resolvidas serão encaminhadas para a abertura de processo administrativo sancionador, que seguirá o rito previsto no artigo 21 e seguintes da RN nº 483/2022, e poderá resultar em aplicação de sanções ao ente regulado quando constatada infração a dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar. As demais reclamações serão finalizadas após a fase de classificação, nos termos do artigo 15, da RN nº 483/2022.

O fluxo da NIP pode ser observado na figura abaixo.



Fonte: ANS, 2024.

⁹⁶Caso posteriormente seja identificado a insubsistência das razões que determinaram o arquivamento da demanda por inexistência de indícios de infração, RVE, não resolvida e insuficiência de dados mínimos de identificação, esta será reaberta, dando-se prosseguimento ao seu rito (ANS, 2022).

De forma simples e esclarecedora, a ANS resume o procedimento da NIP nos seguintes termos:

Ao registrar uma reclamação, por meio da NIP – Notificação de Intermediação Preliminar, forma amigável de composição de conflitos, o consumidor terá **acesso à resposta da operadora ou administradora de benefícios e poderá informar para a ANS se o seu problema foi realmente resolvido**. Em caso negativo, sua demanda pode virar um processo sancionador pela ANS, que poderá resultar em aplicação de penalidade na operadora de plano de saúde ou na administradora de benefícios. (ANS, 2024).

Ante todo o exposto, tem-se que o procedimento da NIP é mais flexível que um processo administrador sancionador, transcorrendo de forma célere e oportunizando ao beneficiário uma solução para seu problema no prazo de 05 (cinco) a 10 (dez) dias úteis, contados da data do registro da demanda na ANS, a depender se a demanda é assistencial ou não.

8. A NIP COMO INSTRUMENTO EXTRAJUDICIAL DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS

A NIP é um instrumento essencial para resolução célere e eficaz de controvérsias entre beneficiários e operadoras. Seu principal objetivo é garantir o acesso a eventos e procedimentos de saúde que tenham sido indevidamente negados, além de abordar outras questões como reajuste de mensalidade, suspensão ou rescisão contratual, entre outros temas ligados à saúde suplementar.

Ao possibilitar uma solução rápida para tais demandas, a NIP assegura ao cidadão o exercício do seu direito fundamental à saúde, contribuindo para a efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana. Esse mecanismo não apenas atende aos interesses individuais dos beneficiários, mas também reforça a função regulatória da ANS, garantindo maior previsibilidade e segurança no setor.

Ademais, a NIP funciona como um instrumento corretivo para as operadoras, permitindo-lhes ajustar condutas irregulares e adotar boas práticas antes da imposição de sanções administrativas. Esse caráter preventivo é fundamental para a conformidade regulatória e para a melhoria contínua dos serviços prestados, evitando que negativas indevidas se tornem recorrentes.

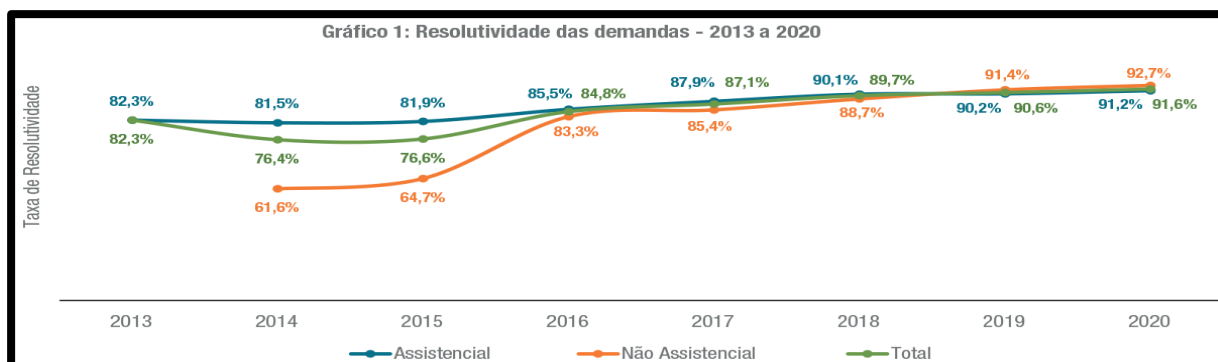
Em relação aos beneficiários, a NIP proporciona respostas rápidas e efetivas para suas queixas, reduzindo a necessidade de recorrer ao Poder Judiciário. Já para a ANS, a NIP representa um meio estratégico de monitoramento do mercado, permitindo uma atuação fiscalizatória mais eficiente e baseada em dados concretos sobre as principais demandas dos consumidores.

Desta feita, os seus benefícios são inegáveis para todos os atores do setor de saúde suplementar, como destacam Sérgio Guerra e Natasha Schmitt Caccia Salinas:

Diversas são as potencialidades usualmente atribuídas à NIP. Para o beneficiário de plano de saúde, a NIP lhe garante uma resposta mais ágil em casos como o de negativa de cobertura assistencial. Para a operadora, esse mecanismo permite a resolução de conflitos de casos particulares por meio da reparação voluntária e eficaz. A resolução da demanda por reparação voluntária impede que a ANS instaure processo administrativo e, portanto, apure infrações e aplique eventuais penalidades à operadora. Como visto, técnicas conciliatórias podem ser utilizadas com técnicas coercitivas. Essa foi a solução adotada pela ANS para induzir seus agentes regulados, usualmente motivados pela racionalidade econômica, a resolverem seus conflitos de modo voluntário (Guerra; Caccia, 2020, p. 8-9).

A efetividade desta ferramenta pode ser comprovada por meio dos dados da NIP disponibilizados pela ANS [sítio eletrônico](#):

Figura 6 - Gráfico: Resolutividade das Demandas -2013 a 2020



Fonte: ANS, 2022.

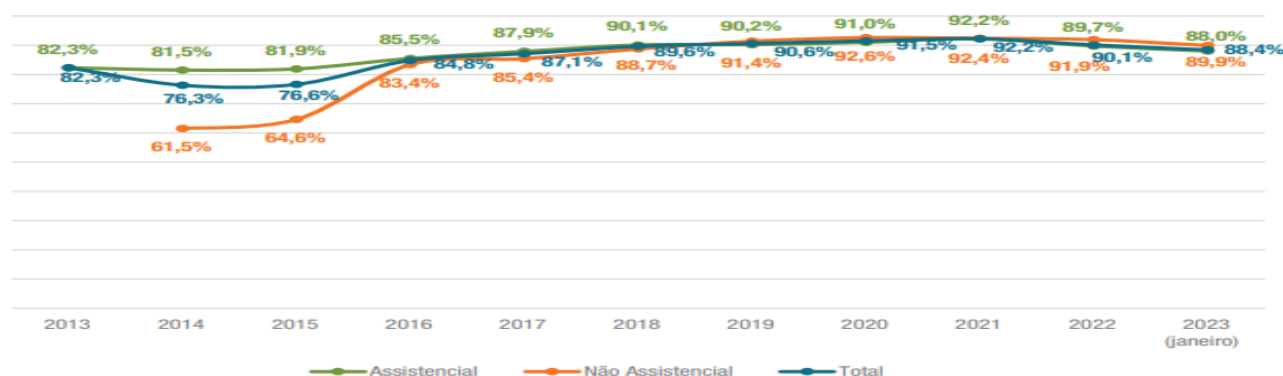
Como demonstrado no gráfico, em 2020 foi atingido o maior percentual de resolução de queixas de consumidores registradas nos canais de atendimento da ANS desde 2013: a cada 100 demandas, mais de 91 foram resolvidas através da NIP. Esse índice reforça a eficácia do mecanismo, como destacou Maurício Nunes Silva, Diretor da ANS à época:

O índice de 91,6% alcançado em 2020 mostra a efetividade da NIP em resolver os problemas dos consumidores. Mesmo o ano passado tendo sido atípico, em razão da pandemia de Covid-19, a ANS conseguiu dar as respostas necessárias à sociedade, atingindo esse patamar histórico de resolutividade⁹⁷.

Nos anos seguintes, a alta taxa de resolutividade da NIP manteve-se consistente, conforme demonstrado no Panorama de Saúde Suplementar divulgado pela ANS em 2024:

Figura 7 – Gráfico 25 – Taxa de Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e não Assistenciais).

■ Gráfico 25 - Taxa de Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais).



Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (de 2013 a jan. 2023).

Nota: A taxa de Resolutividade é calculada somente após a classificação da maioria das demandas. Contudo, devido ao aumento significativo no volume de reclamações nos últimos anos e à insuficiência de recursos para as análises, as demandas mais recentes ainda estão em fase de aguardando classificação.

Fonte: ANS, 2024.

⁹⁷ANS atinge maior índice de resolução de demandas de consumidores desde 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-atinge-maior-indice-de-resolucao-de-demandas-de-consumidores-desde-2013>. Acesso em: 24 de jul. de 2022.

Esses resultados evidenciam a consolidação da NIP como uma ferramenta indispensável para a regulação do setor, permitindo que a ANS atue de forma mais eficiente e preventiva na mediação de conflitos.

O impacto positivo da NIP é reconhecido na literatura acadêmica. Freire e Tostes enfatizam sua importância não apenas como mecanismo de resolução de disputas, mas também como instrumento de monitoramento regulatório, capaz de reduzir a assimetria de informações entre a ANS e as operadoras de planos de saúde:

O presente artigo confirma a afirmação de que a NIP é um instrumento regulatório com múltiplas funções, tendo sido destacadas as funções de resolução de conflitos da saúde suplementar e a de diminuição da assimetria de informações entre a ANS e as Operadoras de Planos de Saúde (OPS), através do monitoramento do mercado a partir das reclamações dos consumidores. Foi confirmada a hipótese defendida neste trabalho, de que a Notificação de Intermediação Preliminar é um modelo de sucesso a título de solução extrajudicial do conflito e de mecanismo de insumo regulatório por possuir incentivos ímpares para as questões conflituosas postas a sua análise, dentro de seu escopo de abrangência (Freire; Tostes, 2021, p. 54).

Diante dos benefícios observados e da efetividade demonstrada nos últimos anos, fica evidente que a estratégia adotada pela ANS, ao incentivar a resolução voluntária de conflitos entre operadoras e beneficiários, tem se mostrado significativamente mais eficiente do que a simples aplicação de penalidades. O sucesso da NIP reforça a importância de mecanismos regulatórios que conciliam a proteção ao consumidor com a promoção de um ambiente regulado e sustentável para as operadoras, garantindo a harmonia e o equilíbrio do mercado de saúde suplementar.

8.1 O impacto da NIP para os beneficiários de planos de saúde

A implementação da NIP pela ANS alterou substancialmente a dinâmica da resolução de conflitos no âmbito da saúde suplementar. Como dito, a referida ferramenta trouxe maior celeridade e efetividade à resolução das queixas apresentadas pelos beneficiários.

Antes da criação da NIP, as normas vigentes estabeleciam que para cada demanda registrada na ANS, era instaurado um processo administrativo individualizado para apuração de eventual infração à legislação⁹⁸. Esse procedimento era burocrático e prolongado, com diversas etapas, dificultando uma resposta rápida ao beneficiário. Como consequência, muitos beneficiários, diante da ausência de uma solução tempestiva, optavam por judicializar a questão, realizar o procedimento em caráter particular ou tentar o atendimento no SUS.

⁹⁸Segundo a redação originária do artigo 3º, da RN nº 48/2003 da ANS, o processo administrativo para apuração de infrações a dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar era iniciado por auto de infração, representação ou denúncia.

A NIP promoveu uma ruptura deste cenário ao estabelecer prazos reduzidos para a solução das reclamações: até cinco dias úteis para as questões assistenciais e dez dias úteis para temas não assistenciais. Esse prazo reduzido resultou em maior efetividade na resposta ao beneficiário e contribuiu para melhora da relação entre beneficiários e operadoras.

Como destaca Freire (2021), a NIP demonstrou ser uma solução eficiente no âmbito fiscalizatório, trazendo respostas mais ágeis e oportunizando às operadoras a resolução de conflitos antes de instaurado um processo sancionador. Para Braga, Bragança e Loss (2022) a NIP também gerou benefícios para os usuários de planos de saúde na medida em que as reclamações são solucionadas de forma célere e sem os custos envolvidos em uma discussão judicial. Guerra e Salinas (2020, p. 08-09) também entendem que para “o beneficiário de plano de saúde, a NIP lhe garante uma resposta mais ágil em casos como o de negativa de cobertura assistencial”.

Outro benefício gerado pela NIP é a simplificação do processo de registro e acompanhamento das reclamações. Diferente de um processo administrativo convencional ou de uma ação judicial, a NIP permite que os beneficiários apresentem suas queixas por diversos canais de atendimento, como o Disque ANS, o formulário eletrônico no site da agência, os Núcleos da ANS e a plataforma Consumidor.gov.br.

A comunicação com o beneficiário ocorre preferencialmente por meio eletrônico, caso ele opte por cadastrar-se no site da ANS. Esse modelo moderno de atendimento reforça a praticidade e a eficiência da NIP, tornando-a uma alternativa viável para a solução de conflitos.

Ademais, a NIP, ao oferecer um canal formal e regulado para o questionamento de práticas abusivas das operadoras, traz empoderamento para os beneficiários na medida em que incentiva uma postura mais ativa e consciente em relação aos seus direitos.

A implementação da NIP trouxe, portanto, avanços significativos para os beneficiários de planos de saúde, garantindo maior agilidade na solução de conflitos e promovendo a efetivação do direito fundamental à saúde.

A NIP não apenas melhora a experiência dos beneficiários, mas também fortalece o setor de saúde suplementar ao induzir práticas mais transparentes e ágeis por parte das operadoras. A continuidade e o aprimoramento desse mecanismo são essenciais para garantir um mercado mais equilibrado e justo, no qual os direitos dos beneficiários sejam plenamente assegurados.

8.2. O impacto da NIP para as Operadoras

Para as operadoras de planos de saúde, a NIP possibilitou a adequação de procedimentos às normas da ANS, além de permitir a reparação voluntária e eficaz da conduta, evitando assim a instauração de processos administrativos e, conseqüentemente, a aplicação de sanções regulatórias.

A análise dos problemas relatados pelos beneficiários por meio da NIP permite às operadoras identificarem padrões de reclamações e eventuais falhas nos processos internos que possam estar em desacordo com a legislação vigente. Esse diagnóstico contribui para a implementação de melhorias contínuas em seus processos internos, minimizando a incidência de novas demandas e, conseqüentemente, o risco de infrações.

Além disso, em situações nas quais for constatado algum ato contrário à regulamentação da ANS, as operadoras poderão reparar sua conduta e, conseqüentemente, evitar a aplicação de penalidade pelo órgão regulador, como destacam Guerra e Salinas:

A resolução da demanda por reparação voluntária impede que a ANS instaure processo administrativo e, portanto, apure infrações e aplique eventuais penalidades à operadora. Como visto, técnicas conciliatórias podem ser utilizadas como técnicas coercitivas. Essa foi a solução adotada pela ANS para induzir seus agentes regulados, usualmente motivados pela racionalidade econômica, a resolverem conflitos de modo voluntário (Guerra; Salinas, 2020, p. 09).

Essa estratégia conciliatória adotada pela ANS visa induzir as operadoras a resolverem os conflitos de forma voluntária, alinhando as práticas regulatórias ao interesse econômico das operadoras.

O fortalecimento da imagem das operadoras também é um benefício importante gerado pela NIP. O atendimento ágil e eficiente às notificações demonstra um compromisso com a qualidade do serviço e com a satisfação dos beneficiários. As operadoras que adotam essa postura ativa tendem a gerar uma percepção positiva perante os beneficiários e a ANS, o que pode ser refletido em uma melhor reputação no mercado, fidelização de clientes e até na competitividade dentro do setor.

Adicionalmente, a NIP ajuda a evitar que conflitos entre beneficiários e operadoras evoluam para o Poder Judiciário. Quando os conflitos são resolvidos de maneira eficiente e sem a necessidade de intervenção judicial, as operadoras conseguem evitar despesas com honorários advocatícios, custas processuais e outros custos associados a processos judiciais longos e desgastantes. Essa diminuição de custos auxilia na melhoria da rentabilidade das operadoras e contribui para a sustentabilidade financeira do setor como um todo.

Conclui-se, portanto, que a NIP gera benefícios não apenas para o reclamante, mas para todos os integrantes do mercado de saúde suplementar. Ao promover a resolução de conflitos de maneira ágil e segura, a NIP contribui para a melhoria dos processos internos das operadoras, fortalece sua imagem perante beneficiários e o órgão regulador e auxilia na mitigação de custos relacionados à judicialização. Dessa forma, consolida-se como um instrumento essencial para o estímulo de boas práticas⁹⁹, a construção de relações mais equilibradas no setor e a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar.

8.3. O efeito da NIP para a ANS e no monitoramento de mercado

O primeiro impacto da NIP para a ANS foi a redução expressiva da quantidade de processos administrativos. Antes da adoção deste instrumento, o número de reclamação dos beneficiários de planos de saúde e de processos administrativos na ANS crescia rapidamente, pressionando a estrutura da Agência. Esse cenário era agravado pela insuficiência de servidores para avaliar todas as demandas, resultando não apenas em demora na solução das queixas, mas também um aumento significativo do passivo processual (ANS, 2014).

Nesse contexto, é relevante destacar que o processo administrativo sancionador tem um longo período de tramitação, percorrendo diversas etapas como autuação, instrução e julgamento, recurso e revisão, conforme previsto na RN nº 483/2020. De acordo com a própria Agência (2014) a tramitação de um processo administrativo sancionador consome um volume considerável de recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos da ANS.

A implementação da NIP, portanto, ao possibilitar a composição entre beneficiários e operadoras de forma consensual, promoveu uma redução significativa no volume de processos administrativos sancionadores. Esse impacto é corroborado pelos resultados apresentados pela ANS, os quais indicam que no período compreendido entre 2009 e 2013, cerca de 134.533 processos administrativos sancionadores deixaram de ser instaurados. Nesse período, das 172.686 demandas de reclamação de negativa de cobertura recebidas nos canais de atendimento da Agência, 134.533 demandas (78%) foram solucionadas no âmbito da NIP. (ANS, 2014).

Com a redução do passivo processual ocasionada pela NIP, a Agência conseguiu direcionar seus esforços para atividades de maior relevância, como a fiscalização e análise das situações de maior gravidade (Braga; Bragança; Loss, 2022), otimizando a alocação de recursos e fortalecendo sua função regulatória.

⁹⁹Segundo a ANS a NIP é um “instrumento indutor de boas práticas no setor” (ANS, 2020).

Outro aspecto relevante decorrente da implementação da NIP, foi a possibilidade de monitoramento mais efetivo das práticas do mercado regulado. Isso permite à ANS identificar, logo no início, determinadas condutas infrativas que possam acarretar prejuízos aos beneficiários (ANS, 2014).

Em 2012, a ANS institui o Monitoramento da Garantia de Atendimento cujo objetivo é avaliar a garantia de acesso dos beneficiários às coberturas contratadas dos planos de saúde, assim como verificar o cumprimento dos prazos máximos de garantia de atendimento previstos atualmente na RN nº 566/2022¹⁰⁰.

O monitoramento baseia-se nas reclamações registradas pelos beneficiários via NIP e na quantidade de beneficiários de planos de saúde, nos termos dos artigos 4º a 6º da Instrução Normativa – IN DIPRO nº 31/22 da ANS. Conforme os resultados apurados, as operadoras são classificadas nas seguintes faixas: i) faixa 0: operadoras que não tenham registro de NIP's não resolvidas; ii) faixa 1: resultado inferior à mediana; iii) - faixa 2: resultado maior ou igual à mediana e menor ou igual a cinquenta por cento acima da mediana; ou iv) faixa 3: resultado maior que cinquenta por cento acima da mediana (ANS, 2022).

A partir do resultado do monitoramento, as operadoras reiteradamente com pior resultado são avaliadas e para aquelas que apresentam risco à saúde são identificados os planos de saúde que terão a comercialização suspensa (ANS, 2024). A cada trimestre os entes regulados são reavaliados, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde podem voltar a comercializar os planos suspensos (ANS, 2024).

De acordo Freire (2021), o Monitoramento da Garantia de Atendimento, fundamentado na NIP, potencializa a eficiência administrativa na regulação, incentivando uma melhora contínua no desempenho das operadoras. Isso resulta em índices menores de reclamações por parte dos beneficiários, promovendo a prestação de serviços de maior qualidade no mercado de saúde suplementar.

¹⁰⁰O Monitoramento da Garantia de Atendimento foi estabelecido em 2012, com a publicação da Instrução Normativa da DIPRO nº 38, tendo como principal objetivo avaliar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS na Resolução Normativa nº 259, de 2011. Em fevereiro de 2013 foi publicada a Instrução Normativa da DIPRO nº 42, ampliando o seu escopo, quando passaram a ser consideradas todas as reclamações relacionadas à cobertura assistencial recepcionadas na ANS. Em 2015 foi publicada Instrução Normativa da DIPRO nº 48, aprimorando a metodologia e possibilitando a ampliação das informações divulgadas. Atualmente as regras do Monitoramento da Garantia de Atendimento estão previstas na Instrução Normativa – IN DIPRO nº 31/2022. ANS. Monitoramento da Garantia de Atendimento. Conheça o resultado completo do monitoramento da garantia de atendimento. Gov.br, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/monitoramento-de-garantia-de-atendimento> . Acesso em: 02 de dez. de 2024.

Ao monitorar sistematicamente o mercado sob a perspectiva dos beneficiários, a NIP consolidou-se como um instrumento regulatório essencial, sustentando outros programas relevantes para a atuação da ANS, além de subsidiar ações de fiscalização.

Adicionalmente, a NIP serve como base para o Índice Geral de Reclamações (IGR), divulgado mensalmente pela ANS, que tem a finalidade de demonstrar o comportamento das operadoras em relação às reclamações recebidas¹⁰¹.

Ressalta-se, ainda, que dados gerados pela NIP também servem de insumo para formulação de políticas regulatórias, “tanto no momento de elaboração e votação de novos normativos como no processo de tomada de decisão sobre intervenções, como direção fiscal, ou para decretação e/ou expansão de períodos de portabilidade especial, por exemplo” (Freire, 2021, p. 54).

Por se tratar de um valioso conjunto de dados que reflete, com relativa agilidade, o comportamento do mercado regulado a partir das experiências narradas pelos beneficiários dos planos de saúde, a NIP é reconhecida como um eficiente instrumento de regulação. Seu papel vai além da fiscalização, servindo como insumo para programas de monitoramento do mercado de saúde suplementar (Freire, 2021).

8.4. A NIP e a judicialização da saúde suplementar

A crescente judicialização da saúde suplementar tem se mostrado um desafio significativo para o sistema jurídico e regulatório brasileiro. O aumento exponencial de demandas judiciais relacionadas à cobertura de procedimentos e à negativa de tratamentos e medicamentos tem sobrecarregado o Poder Judiciário e gerado insegurança para operadoras e beneficiários. Diante desse cenário, a adoção de instrumentos extrajudiciais como a NIP, tornou-se uma alternativa essencial para garantir a resolução célere e eficiente de conflitos. A NIP não apenas contribui para a redução da litigiosidade, mas também fortalece a mediação administrativa e a comunicação entre operadoras e consumidores, promovendo uma solução mais ágil e menos onerosa para todas as partes envolvidas.

Como afirma Maria Célia Delduque:

¹⁰¹ O IGR tem a finalidade apresentar um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. Contempla a média mensal do número de reclamações de beneficiários recebidas para cada 100.000 beneficiários em relação à média mensal de beneficiários no mesmo período. (ANS. Dados e Índices de Reclamações. Conheça a posição de uma operadora no ranking das empresas de plano de saúde que mais recebem reclamações de seus consumidores. Gov.br, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes-2>. Acesso em: 02 de dez. de 2024.

A mediação, como método de gestão pacífica de conflitos, pretende evitar a abertura de processos judiciais de caráter contencioso e por fim aqueles iniciados ou reduzir o seu alcance. Assim, a mediação é espécie do gênero Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (Marc)⁵ e representa um esforço em todos os níveis para gerar um efetivo acesso à justiça, representando um novo mecanismo que pode ser considerado e tenha o mesmo valor que os tribunais.

[...]O fato é que os Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos (Marc) representam a adesão à cultura da pacificação, em oposição à cultura hoje existente em torno da necessidade de uma decisão judicial para que a lide possa ser resolvida. Isso porque a solução pacífica é sempre preferível, inclusive economicamente, deixando por derradeiro a busca do aparato Judicial. Há uma atmosfera favorável para os Marc entendidos como instância legitimada para a solução de conflitos sociais pelo próprio meio social, gerando maior conscientização política e participação popular. Boaventura Santos (2005, p. 157) costuma afirmar que: “não me parece tão pouco que esses mecanismos de resolução dos litígios à margem do controle do Estado sejam intrinsecamente negativos ou atentatórios da democracia. Podem, pelo contrário, ser agentes de democratização da sociedade” (Delduque 2025, p. 04-05).

Nessa linha, a NIP consolida-se como uma ferramenta inovadora, proporcionando uma alternativa de resolução rápida e eficiente, que evita o congestionamento do sistema judiciário e favorece a agilidade na proteção do direito à saúde, contribuindo para que mais pessoas tenham acesso rápido ao atendimento que lhes é devido.

O modelo regulatório adotado pela ANS, portanto, tem contribuído para impedir a propositura de mais demandas judiciais relacionadas à saúde suplementar. Esse impacto positivo decorre do fato de que a NIP, ao facilitar o diálogo entre consumidores e operadoras, previne a instauração de processos administrativos e o ajuizamento de ações no Poder Judiciário, como enfatiza o Ministro Marco Aurélio Buzzi do STJ:

[...] no âmbito da ANS a mentalidade já vem sendo mudada, pois os gestores da instituição estão promovendo a adaptação do empreendimento aos métodos mais adequados de solução de conflitos, o que marca o início de uma grande e positiva caminhada na busca da resolução consensual dos assuntos afetos à saúde suplementar. Assim, valendo-se da NIP (Notificação de Investigação Preliminar), que permite um criterioso exame das circunstâncias comunicadas ao setor, é promovido estudo dos casos que envolvam as reclamações de natureza assistencial ou referentes a outros assuntos pertinentes ao ramo, com o intuito de se evitar a abertura de um processo administrativo contra a operadora, tornando ainda mais improvável a probabilidade dessa reclamação converte-se em demanda judicial. (Buzzi, 2020, p. 202).

Os dados reforçam a relevância da NIP nesse cenário: com uma taxa de resolutividade superior a 90% ao ano¹⁰², o mecanismo tem evitado que várias demandas sejam levadas ao

¹⁰² Segundo a ANS, Em relação à fiscalização do atendimento prestado pelas operadoras aos seus beneficiários, a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) completou 13 anos e continua se mostrando uma ferramenta importante para agilizar e solucionar demandas de consumidores, tanto em relação a questões de natureza assistencial, quanto às reclamações de natureza não-assistencial, com percentual de resolutividade que permanece ano a ano, na casa dos 90%. (ANS. ANS faz retrospectiva da saúde suplementar em 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-faz-retrospectiva-da-saude-suplementar-em-2023>. Acesso em: 16 de fev. 2025).

Poder Judiciário, resultando em processos morosos e dispendiosos para os beneficiários e operadoras. Nesse sentido, a ANS aduz que:

Tendo em vista que a NIP vem alcançando resultados positivos cada vez mais elevados, é possível constatar que seu uso impacta diretamente na comunicação de processos administrativos e judiciais, fazendo deste procedimento uma ferramenta chave para o estímulo à desjudicialização da saúde suplementar (ANS, 2021, p. 231).

Em evento comemorativo realizado pela ANS e o Poder Judiciário para celebrar os 10 (dez) anos de implementação da NIP pela Agência, o Ministro do STJ, Paulo de Tarso Sanseverino, destacou que a NIP tem prestado relevantes serviços para evitar um número maior de processos judiciais que envolvem planos de saúde:

Esses mecanismos alternativos de resolução de conflitos são extremamente importantes para evitar uma judicialização ainda maior nessa área da saúde suplementar. A ANS está de parabéns, faz muito bem em comemorar esses dez anos de implantação da NIP em função da importância que tem para a agência e da importância ainda maior para o poder judiciário e principalmente para a sociedade brasileira, resolvendo conflitos em que usuários estão em situação de hipervulnerabilidade¹⁰³.

Nesse mesmo, sentido Freire e Tostes explicitam que:

Com estes dados, não é possível extrair a conclusão de que as Operadoras dos Planos de Saúde não estão prestando um serviço adequado aos seus consumidores, mas sim que esta ferramenta de solução de conflitos está cada vez mais sendo utilizada pelos beneficiários, ao invés de ajuizarem imediatamente ações no Judiciário. Corrobora essa afirmação o aumento do número de reclamações recebidas pelo canal da ANS (...). (Freire; Tostes, 2021, p. 66).

Ainda sobre o impacto da NIP na judicialização da saúde suplementar, no 3º Episódio do podcast ANS em Pauta, divulgado em 28 de fevereiro de 2025, a atual Diretora de Fiscalização da Agência, Eliane Medeiros afirmou que “ajuda a reduzir a judicialização é a nossa ferramenta de mediação que é a NIP - Notificação de Intermediação Preliminar que é a fase pré-processual onde a gente resolve o conflito entre o beneficiário de plano de saúde e a sua operadora”¹⁰⁴.

Portanto, a NIP tem se consolidado como um mecanismo essencial na política de desjudicialização das demandas relacionadas à saúde suplementar. Seu alto índice de

¹⁰³ Webinar discute intermediação de conflitos na saúde suplementar. Disponível em <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Artigos-e-Noticias/Artigos-e-Noticias/Webinar-discute-intermediacao-de-conflitos-na-saude-suplementar.html>. Acesso em: 24 de jul. de 2022.

¹⁰⁴ ANS. ANS na Mídia. Terceiro episódio do "ANS em Pauta" aborda a judicialização no setor de planos de saúde. Programa traz uma conversa com a diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros, e o procurador-geral da ANS, Daniel Tostes. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/terceiro-episodio-do-ans-em-pauta-aborda-a-judicializacao-no-setor-de-planos-de-saude>. Acesso em: 08 abril. 2025.

resolutividade demonstra sua efetividade na redução de litígios, evitando que milhares de demandas cheguem ao Poder Judiciário e garantindo uma resposta célere aos beneficiários. Esse impacto tem sido amplamente reconhecido pelo próprio Poder Judiciário, que enxerga na NIP um instrumento estratégico para a resolução extrajudicial de conflitos, alinhado aos princípios da consensualidade, eficiência administrativa e do acesso à justiça.

Assim, a NIP não apenas fortalece a governança regulatória da ANS, mas também contribui para a diminuição da sobrecarga do sistema judiciário, promovendo maior segurança jurídica e equilíbrio nas relações entre operadoras e consumidores.

9. A NECESSIDADE DE APRIMORAMENTO DA NIP

A NIP tem desempenhado um papel fundamental na resolução de conflitos no setor de saúde suplementar, contribuindo de forma significativa para a concretização do direito à saúde pelos beneficiários de plano de saúde, na medida em que proporciona uma solução rápida e confiável para suas demandas.

Entretanto, a utilização inadequada desse mecanismo tem gerado preocupações, sobretudo devido à ocorrência de fraudes. O desvirtuamento da NIP compromete sua credibilidade e pode resultar em prejuízos financeiros expressivos para o setor e também pelos próprios beneficiários. Assim, torna-se essencial discutir formas de aprimoramento da NIP, garantindo sua eficácia e prevenindo seu uso indevido.

Dessa forma, neste capítulo serão abordadas fraudes na saúde suplementar, a utilização indevida da NIP e as medidas necessárias para seu aprimoramento, com base em análises teóricas e estudos setoriais recentes.

9.1 A fraude na saúde suplementar

O STF define fraude como “qualquer ato ardisoso, enganoso, de má-fé, com o intuito de lesar ou ludibriar outrem, ou de não cumprir determinado dever”.¹⁰⁵ Nesta linha, Silvio da Silva Venosa (2013) conceitua fraude como uma ação enganosa e ardisosa, cujo objetivo é burlar uma norma ou negócio jurídico vigente ou futuro. Para doutrina renomada, a característica principal da fraude é a intenção deliberada de lesar terceiro (Gonçalves, 2012). De forma semelhante, o Direito Penal define fraude como “Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento” (Brasil, 1940).

Na saúde suplementar, a fraude é compreendida como violação dolosa das regras contratuais e regulatórias dos planos de saúde, podendo ser praticada por prestadores de serviços, corretores, funcionários de operadoras e beneficiários, com a finalidade de obtenção de vantagens ilícitas para si ou para terceiros, como ressaltado no estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS, realizado em parceria com a consultoria EY, publicado em novembro de 2023: “A fraude em saúde suplementar pode ser definida como atos dolosos que

¹⁰⁵ STF. Vocabulário Jurídico (Tesouro). stf.jus. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/tesouro/pesquisa.asp?pesquisaLivre=FRAUDE#:~:text=Qualquer%20ato%20ardiloso%2C%20enganoso%2C%20de,de%20n%C3%A3o%20cumprir%20determinado%20dever.> Acesso em: 17 de fev. 2025.

infringem as normas cometidas por beneficiário, contribuinte ou prestador de serviço, para obtenção, para si ou para terceiro, de benefícios indevidos” (IESS, 2023, p. 06).

De acordo com o referido estudo, o impacto de fraudes e desperdícios no setor de saúde suplementar representaram entre R\$30 bilhões e R\$34 bilhões anuais, o que equivale a 12,7% das receitas do mesmo ano¹⁰⁶.

As fraudes na saúde suplementar geram impactos negativos significativos, como o aumento de custos assistenciais, comprometem a perenidade do setor, e colocam em risco a segurança dos beneficiários.

Embora haja esforços para preveni-las, o mercado de saúde suplementar enfrenta grandes desafios nesse combate, já que as fraudes afetam toda a cadeia, comprometendo a viabilidade dos planos de saúde e, inclusive, causando riscos para a saúde dos beneficiários. Além disso, podem comprometer a privacidade e a segurança dos dados pessoais dos beneficiários, na medida em que dados de saúde podem ser utilizados indevidamente por terceiros para praticar condutas ilícitas e antiéticas¹⁰⁷.

Nesse sentido, Vera Valente explica o impacto das ações fraudulentas para os beneficiários:

No caso específico da saúde suplementar, não se deve perder de vista que as fraudes lesam todos os beneficiários de planos, porque, como sabemos, toda despesa assistencial é repartida entre todos os usuários, com base no sistema mutualista que rege as relações no setor de seguros. Isso resulta, logo, em custos médicos e em contraprestações, ou seja, mensalidades mais altas. Fraudes também envolvem, e este é o aspecto mais preocupante, risco para a saúde do paciente, que se vê sujeito a procedimentos e prescrições desnecessárias que, muitas vezes, podem até colocar sua vida sob ameaça. Investigações do Ministério Público e das polícias são pródigas em apontar atos altamente lesivos à saúde dos usuários, como a reutilização de produtos ou uso de itens de qualidade duvidosa, no caso de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), o que, não raro, acaba gerando novos agravos. As organizações criminosas envolvidas em lesar o sistema de saúde também se valem de informações sensíveis dos beneficiários para a prática dos seus ilícitos. Ou seja, também colocam o usuário sob risco nos aspectos da privacidade e proteção de dados pessoais (Valente, 2024, p.376).

As principais modalidades de fraudes identificadas no setor de saúde suplementar são (Valente, 2024):

¹⁰⁶ O estudo IESS demonstrou que “de acordo com a metodologia adotada, estimamos um percentual de fraudes e desperdícios no setor de saúde suplementar de cerca de 11,1% a 12,7% da receita do setor, o que considerando o faturamento de R\$ 270 bilhões, implica um total de fraude e desperdícios na ordem de R\$ 30 bilhões a R\$ 34 bilhões. Alguns estudos* e benchmark com especialistas no tema apontam que, deste total, os desperdícios são mais comuns em 4 linhas principais de despesas: Consultas: 15% Exames: 15% Terapias: 12% Internações: 12%” (IESS, 2023).

¹⁰⁷ A Lei Geral de Proteção de Dados considera dado pessoal sensível, o dado referente à saúde, conforme definição do seu artigo 5º. BRASIL. Lei nº 13.709 (2018) Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm#art65 .Acesso em: 17 de fev. 2025.

1) Uso de dados pessoais por terceiros: beneficiários são induzidos a fornecerem seus dados pessoais (login e senha do aplicativo do plano de saúde) para terceiros que tem o intuito de obter vantagem indevida com a utilização desses dados, como explicitado no estudo do IESS:

Fornecimento de dados de acesso para terceiros: O beneficiário fornece os dados de login e senha aos prestadores fora da rede credenciada, geralmente com a prática de “Reembolso sem Desembolso”, no qual o prestador promete facilitar a gestão e processo de pedido de reembolso. Pode ser a porta de entrada para outras fraudes. Além disso, existem outras implicações, como a exposição de dados e informações sensíveis de beneficiários, familiares e empregadores (nos casos de planos corporativos). (IESS, 2023).

Um exemplo desta prática seria o lançamento de consultas, exames e procedimentos não realizados pelos beneficiários e pagos pela operadora ao prestador de serviços de saúde. Além disso, estes dados poderão ser utilizados para abertura de reclamações na ANS, sem conhecimento do beneficiário, para pressionar o custeio pela operadora de procedimentos e de órteses e próteses que não são indicados para o caso clínico do beneficiário.

2) Empréstimo de cartão do plano de saúde: embora o cartão do plano de saúde seja pessoal e intransferível, o beneficiário realiza o empréstimo para terceiros usufruírem dos serviços do plano de saúde de forma indevida.

3) Reembolso assistido: os prestadores não credenciados oferecem aos beneficiários a possibilidade de realização de procedimentos médicos ou odontológicos a serem reembolsados pela operadora, sem a necessidade de desembolso¹⁰⁸. Nesta hipótese, alguns destes prestadores ingressam com reclamações na ANS, utilizando os dados do beneficiário e, muitas vezes, sem o consentimento deste, para pressionar a operadora a efetuar o reembolso. A prática do reembolso assistido é ilegal e deve ser reprimida. Em decisão proferida no Recurso Especial nº 1959929 - SP, o STJ considerou que o reembolso assistido não tem respaldo na legislação e desvirtua todo sistema legal da saúde suplementar:

4. O direito ao reembolso depende, por pressuposto lógico, que o beneficiário do plano de saúde tenha, efetivamente, desembolsado previamente os valores com a assistência à saúde, sendo imprescindível, ainda, o preenchimento dos demais requisitos legais previstos na Lei dos Planos de Saúde. Só a partir daí é que haverá a aquisição do direito pelo segurado ao reembolso das despesas médicas realizadas. Antes disso, haverá mera expectativa de direito. 5. Dessa forma, se o usuário do plano não dispendeu nenhum valor a título de despesas médicas, mostra-se incabível a transferência do direito ao reembolso, visto que, na realidade, esse direito sequer existia. Logo, o negócio jurídico firmado entre as recorridas (clínica e laboratório) e

¹⁰⁸ O IESS afirma que o reembolso assistido ocorre quando “o prestador fora da rede credenciada, em posse de dados de login e senha dos beneficiários, promete realizar procedimentos sem que haja qualquer pagamento. Essa “facilidade” faz com que o beneficiário, por muitas vezes, não perceba as fraudes que podem derivar desse tipo de procedimento. O prestador pode realizar a criação de procedimentos não realizados pelo profissional para recebimento de valores indevidos, alterar dados bancários para reembolso, entre outros” (IESS, 2023).

os segurados da recorrente - cessão de direito ao reembolso sem prévio desembolso - operou-se sem objeto, o que o torna nulo de pleno direito. 6. Sem lei específica ou regulamentação expressa da Agência Nacional de Saúde - ANS, não há como permitir que clínicas e laboratórios não credenciados à operadora de plano de saúde criem uma nova forma de reembolso ("reembolso assistido ou auxiliado"), em completo desvirtuamento da própria lógica do sistema preconizado na Lei n. 9.656/1998, dando margem, inclusive, a situações de falta de controle na verificação da adequação e valores das consultas, procedimentos e exames solicitados, o que poderia prejudicar todo o sistema atuarial do seguro e, em último caso, os próprios segurados. (STJ - Recurso Especial nº 1.959.929 - SP. 3ª Turma. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Julgamento: 22/11/2022.).

4) Atendimento falso: o prestador de serviços emite o faturamento contendo informações inverídicas, como, por exemplo, inclusão de eventos de saúde que não foram realizados pelos beneficiários¹⁰⁹.

5) Ocultação de doença ou lesão preexistente: omissão intencional de doenças e lesões preexistentes - DLP no momento da inscrição no plano de saúde, para evitar o cumprimento de carências e de cobertura parcial temporária - CPT. Este tipo de fraude, inclusive, encontra previsão na RN nº 558/2022¹¹⁰, confira-se:

Art. 5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

6) Superutilização: o beneficiário é submetido a tratamentos desnecessários ou até inadequados ao quadro clínico, e prolongação de internação, para que o prestador receba o maior valor possível por paciente¹¹¹.

¹⁰⁹ O IESS afirma que atendimento falso é: Situação na qual o prestador gera uma nota fiscal com informações fraudulentas, como inclusão de procedimentos não realizados (mais comum em terapias e fisioterapias), adulteração de tempo de internação, local de prestação de serviço, data, valor, dados do paciente, entre outros". (IESS, 2023).

¹¹⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 558(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMzMMA==> Acesso em: 18 de fev. 2025.

¹¹¹ Para o IESS superutilização é a situação na qual "o paciente é submetido a exames, tratamentos desnecessários ou até inadequados ao quadro clínico, e prolongação de internação, para que o prestador receba o maior valor possível por paciente. Essa fraude também se confunde com desperdícios, entretanto, esta prática pode estar associada ao recebimento de propinas ou vantagens indevidas na indicação de medicamentos, procedimentos, utilização de OPME e outros, que podem inclusive causar graves danos à saúde e ao bem estar do paciente. No caso de odontologia, temos postergação de ortodontia e realização indiscriminada de restaurações, por exemplo" (IESS, 2023).

Os exemplos apontados acima são apenas algumas das formas de como as fraudes ocorrem na saúde suplementar, as quais manifestam-se de diversas maneiras e envolvem diversos atores do mercado de saúde suplementar.

Portanto, a fraude na saúde suplementar é um tema complexo, sendo necessária a atuação conjunta das operadoras, da ANS, e outros órgãos de controle e fiscalização, como o Ministério Público, na prevenção e na repressão à fraude, como enfatiza Valéria Valente:

O papel desempenhado por órgãos de controles e fiscalização - como o Ministério Público, o Cade, as polícias, a ANS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) - é fundamental na prevenção e na repressão de atos ilícitos praticados ao longo da cadeia de serviços da saúde suplementar. Com as fraudes perdemos todos. Essa verdadeira guerra precisa estar no centro das nossas atenções, para que, juntos consigamos defender o interesse de quem mais importa: os pacientes (Valente, 2024, p. 381).

9.2. A utilização indevida da NIP

A NIP vem sendo utilizada, em alguns casos, para a prática de atos fraudulentos na saúde suplementar. Conforme apontado no tópico anterior, as principais irregularidades envolvem o uso indevido de dados pessoais de beneficiários por terceiros e o chamado reembolso assistido, mecanismo pelo qual terceiros recorrem à NIP para pressionar operadoras a realizarem pagamentos indevidos.

Nessas situações, os dados dos beneficiários podem ser utilizados indevidamente por terceiros para abertura de reclamações na ANS, muitas vezes sem o conhecimento ou consentimento do titular. O objetivo dessas ações fraudulentas pode variar desde a tentativa de custeio de procedimentos e eventos de saúde não indicados para o quadro clínico do beneficiário até a obtenção de reembolsos indevidos. Isso acontece porque a operadora poderá ser penalizada por meio de multa ou, até mesmo, suspensão da comercialização de planos de saúde, caso não garanta o reembolso ou a cobertura do procedimento no prazo de RVE¹¹².

Em função da recorrência destes casos, a ANS efetuou uma pesquisa com as operadoras sobre as NIP's recepcionadas entre 2021 a 2023, que apresentavam indícios de fraude em solicitações de reembolso. Conforme os dados apresentados pelas operadoras, foi identificado pela Diretoria de Fiscalização da ANS o total de 4.120 (quatro mil cento e vinte) demandas com

¹¹²AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em:<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=ND E0Mw==> . Acesso em: 02 fev. 2025.

indícios de fraude no período analisado. Ao analisar estes dados, a Agência concluiu que 85,2% das NIP's informadas com indício de fraude foram cadastradas pelo site da ANS¹¹³.

Embora a ANS não tenha competência criminal para apurar fraudes, é fato que a pesquisa acima demonstra a preocupação da Agência com a utilização indevida da NIP e os impactos negativos que isso pode gerar tanto para as operadoras quanto para os beneficiários. A esse respeito, a Diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros, enfatizou a seriedade do problema e reafirmou o compromisso da Agência na adoção de medidas preventivas contra fraudes no setor:

Dentro de seus limites de competência, destaco o ponto 2: a fiscalização da ANS tem adotado uma postura proativa diante desse cenário e trabalha diuturnamente para o combate a essa prática nociva às operadoras e aos consumidores de planos de assistência à saúde [...] Assim, não paira dúvida de que a fiscalização do setor tem agido de forma diligente e tempestiva na tomada de medidas que auxiliem no combate à fraude, dentro do limite de competência atribuído por lei, inclusive no cumprimento à risca das liminares e decisões judiciais interpostas pelas operadoras. (Jota, 2024, p. 03)¹¹⁴.

Logo, considerando a relevância da NIP para a mediação de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, é inaceitável que esse instrumento seja desvirtuado e utilizado para viabilizar fraudes na saúde suplementar. Para garantir sua efetividade e transparência, torna-se essencial a adoção de medidas normativas e operacionais mais rigorosas, capazes de coibir práticas fraudulentas e preservar a confiabilidade do sistema. Apenas com o aprimoramento dos mecanismos de controle será possível assegurar que a NIP continue cumprindo sua função primordial de intermediação justa e equilibrada no setor de saúde suplementar.

9.3. Da necessidade de aprimoramento da NIP

Para combater a ocorrência de ações fraudulentas no âmbito da NIP, a ANS adotou as seguintes medidas: i) alterações no cadastro de demandas no site da ANS, visando inibir eventual comportamento oportunista por parte do interlocutor; ii) registro da demanda de reclamação via site apenas mediante o login no Gov.br, nos níveis prata e ouro; iii) orientação para que as equipes que trabalham na NIP e na apuração de infrações redobrem a atenção

¹¹³A fraude no reembolso de planos de saúde e as medidas adotadas pela ANS. Disponível em: <https://www.prosperabr.com/opiniaio/a-fraude-no-reembolso-de-planos-de-saude-e-as-medidas-adotadas-pela-ans>. Acesso em: 18 de fev. 2025.

¹¹⁴Disponível em: <https://www.jota.info/artigos/ans-tem-adotado-postura-proativa-no-combate-a-fraudes-na-saude-suplementar>. Acesso em: 18 de fev. 2025

para as circunstâncias que envolvem as demandas sobre reembolso; iv) divulgação de entendimento sobre as regras de reembolso; e publicação de cartilha sobre o assunto¹¹⁵.

No entanto, as medidas adotadas pela ANS não têm sido suficientes para evitar que a NIP seja usada por fraudadores, como reconhecido pela própria Agência,¹¹⁶ uma vez que continuam sendo insaturadas reclamações por terceiros em nome de beneficiários, muitas vezes sem o seu consentimento destes, com o objetivo de cometimento de ilícitos.

Em vista do exposto, propõe-se as seguintes melhorias no âmbito da NIP:

1. Exigência do protocolo de atendimento da operadora.

Atualmente, a Resolução Normativa (RN) nº 483/2022 prevê, em seu artigo 6º, §3º, que o registro da reclamação na ANS deve ser acompanhado do número de protocolo da operadora. Entretanto, os parágrafos 5º e 7º do mesmo artigo estabelecem que a ausência do protocolo não pode ser um impeditivo para o registro da demanda. Nesta situação, para prosseguir com a reclamação, o beneficiário deverá apresentar elementos mínimos, tais como data e horário do contato com a operadora ou outros indícios de tentativa de resolução prévia, confira-se:

Art. 6º Todas as demandas que se enquadrem nas definições do parágrafo único do art. 5º recebidas pela ANS por quaisquer de seus canais de atendimento serão automaticamente registradas no procedimento da NIP [...] §3º Para o registro da demanda de reclamação, deverá ser apresentado o número de protocolo gerado pela operadora em seus serviços de atendimento [...] §5º Caso o beneficiário ou seu interlocutor alegue que a operadora não forneceu o protocolo de atendimento ou não foi possível de qualquer forma obtê-lo, deve apresentar elementos mínimos, tais como: I- data e hora da ligação ou outra forma de comunicação com o respectivo canal de atendimento da operadora; II- data e local em que o beneficiário buscou atendimento presencial; ou III- data em que o prestador comunicou uma eventual negativa de cobertura. § 7º A inobservância do disposto nos §§ 5º e 6º desse artigo não será impeditivo para registro da demanda (ANS, 2022)..

Essa flexibilidade normativa, embora tenha sido concebida para evitar entraves ao acesso dos beneficiários à mediação da ANS, abre margem para que qualquer demanda seja registrada sem que a operadora tenha conhecimento e oportunidade de apurar os fatos previamente. Tal situação não apenas compromete a eficiência do processo, mas também fomenta o uso indevido da NIP por fraudadores.

Dessa forma, a exigência obrigatória do protocolo de atendimento da operadora para a instauração da NIP contribuiria para a redução de registros fraudulentos, uma vez que asseguraria que a operadora foi previamente acionada e teve a chance de resolver a questão

¹¹⁵ Disponível em: <https://www.jota.info/artigos/ans-tem-adotado-postura-proativa-no-combate-a-fraudes-na-saude-suplementar>. Acesso em: 18 de fev. 2025.

¹¹⁶ Disponível em: <https://www.jota.info/artigos/ans-tem-adotado-postura-proativa-no-combate-a-fraudes-na-saude-suplementar>. Acesso em: 18 de fev. 2025.

antes da intervenção da ANS. Além disso, essa exigência reforçaria o princípio da subsidiariedade da NIP, garantindo que apenas demandas que efetivamente não foram solucionadas pela operadora sejam intermediadas pela Agência.

2. Documentação mínima obrigatória para instrução da NIP.

Outro aprimoramento essencial consiste na exigência de documentação mínima obrigatória para a instrução da NIP. Atualmente, a RN nº 483/2022 não impõe a necessidade de apresentação de documentos que comprovem as alegações do demandante, o que fragiliza a defesa das operadoras e compromete o direito ao contraditório e a ampla defesa.

A exigência de documentos como pedido médico ou odontológico, comprovante de pagamento do procedimento realizado em caráter particular e negativa de cobertura emitida pela operadora conferiria maior segurança ao processo. Essa medida não apenas coibiria tentativas de fraude, mas também garantiria que as demandas fossem fundamentadas, proporcionando maior clareza na análise realizada pela ANS e pelas operadoras.

Além disso, essa exigência promoveria maior responsabilização dos demandantes, inibindo o uso indevido da NIP como meio de pressionar operadoras, sem que haja um embasamento mínimo para a reclamação.

3. Comprovação de vínculo entre interlocutor e beneficiário.

Um dos pontos mais críticos e suscetíveis a fraudes no âmbito da NIP é a ausência de exigência de comprovação do vínculo entre o interlocutor que registra a reclamação e o beneficiário titular da demanda. Atualmente, qualquer pessoa pode ingressar com uma NIP em nome de um beneficiário sem necessidade de demonstrar que possui autorização ou vínculo legal com este.

Tal lacuna tem permitido a atuação de terceiros, que utilizam a NIP para reivindicações fraudulentas, muitas vezes sem o conhecimento e consentimento do beneficiário do plano de saúde. Assim, faz-se imprescindível a exigência de documentos que comprovem o vínculo legal ou familiar entre o interlocutor e o beneficiário. Para tanto, poderiam ser aceitos documentos como procuração específica para a reclamação, termo de curatela, tutela, guarda, ou comprovante de parentesco direto.

A adoção dessa exigência coibiria um dos principais mecanismos de fraude na NIP e aumentaria a segurança jurídica do procedimento, garantindo que as reclamações sejam feitas por pessoas legitimamente interessadas na defesa dos direitos do beneficiário.

Em vista do exposto, é notória a necessidade de alteração da RN nº 483/2022 para estabelecer a exigência de protocolo de atendimento fornecido pela operadora, os documentos

mínimos necessários para instruir a NIP e a obrigatoriedade de comprovação do vínculo entre beneficiário e o interlocutor.

A implementação dessas medidas fortalecerá a confiabilidade do procedimento da NIP, garantindo que ele continue sendo um instrumento seguro de resolução de conflitos no setor de saúde suplementar, sem se tornar um canal vulnerável a fraudes. Além disso, tais aprimoramentos conferirão maior previsibilidade e segurança jurídica ao procedimento da NIP, beneficiando tanto os consumidores legítimos quanto as operadoras de planos de saúde, que terão maior embasamento para o exercício do contraditório e da ampla defesa.

Portanto, a adoção dessas melhorias não apenas aumentará a eficiência da NIP, mas também reforçará sua integridade, promovendo um ambiente mais transparente e seguro para todas as partes envolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a adoção de instrumentos extrajudiciais, como a NIP, para a resolução de litígios no âmbito da saúde suplementar é não apenas urgente, mas essencial, dado o aumento significativo de processos administrativos sancionadores instaurados pela ANS e o crescente número de litígios judiciais. A sobrecarga do Judiciário e o tempo excessivo que muitas vezes caracteriza a tramitação de processos judiciais tornam a solução extrajudicial uma alternativa não apenas viável, mas necessária. Nesse contexto, a NIP surge como uma ferramenta inovadora, proporcionando uma alternativa de resolução rápida e eficiente, que evita o congestionamento do sistema judiciário e favorece a agilidade na proteção do direito à saúde, contribuindo para que mais beneficiários tenham acesso rápido ao atendimento que lhes é devido.

De fato, os dados fornecidos pela ANS confirmam o sucesso da NIP na resolução extrajudicial de conflitos, com o percentual de resolutividade da mediação de conflitos aumentando de 82,3% em 2013 para 90,1% em 2022. Esse avanço não apenas reflete o impacto positivo da NIP, mas também destaca a sua capacidade de atender às necessidades de um sistema de saúde suplementar que enfrenta demandas cada vez mais complexas e diversificadas. Este aumento na resolutividade demonstra que a NIP tem cumprido sua função de resolver controvérsias de maneira mais eficiente e ágil, impactando positivamente os beneficiários, as operadoras e a própria ANS.

Além disso, a NIP impacta o volume de litígios no Judiciário, aliviando a sobrecarga dos tribunais e permitindo que os processos relacionados à saúde suplementar sejam tratados com mais celeridade. A NIP também resulta em menor custo para todas as partes envolvidas, uma vez que elimina as custas processuais, honorários advocatícios e outros gastos associados a morosos processos judiciais. Com isso, os beneficiários podem ver a solução de seus conflitos de forma mais rápida, enquanto as operadoras também conseguem evitar os custos elevados e os danos à sua reputação causados por litígios judiciais.

O elevado número de demandas resolvidas de forma extrajudicial evidencia, assim, a importância da NIP como um mecanismo que evita a judicialização, proporcionando uma solução mais ágil, eficiente e menos onerosa para os conflitos. Este modelo de solução de litígios representa uma inovação significativa para o setor de saúde suplementar, permitindo que o direito à saúde seja garantido de maneira mais rápida e eficaz, mesmo dentro do setor privado.

Outro aspecto relevante da NIP é seu impacto direto na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde. Ao permitir que as operadoras resolvam problemas antes de se tornarem litígios administrativos ou judiciais, o mecanismo incentiva a conformidade das operadoras com as normas da ANS, reforçando a necessidade de boas práticas e da resolução de conflitos de forma voluntária. Esse comportamento preventivo não apenas beneficia os consumidores, mas também ajuda a consolidar a imagem das operadoras como responsáveis e comprometidas com a qualidade do atendimento e o cumprimento da legislação.

A despeito dos aspectos positivos, é imprescindível reconhecer que a NIP também tem sido alvo de utilização indevida, especialmente no que tange a fraudes relacionadas a reembolsos e ao uso indevido de dados de beneficiários. O crescimento dessas práticas ilícitas reforça a necessidade de aprimoramento do mecanismo, garantindo que sua finalidade original de mediação e solução de conflitos seja preservada. É necessário que a ANS continue aprimorando suas diretrizes para evitar que a NIP seja utilizada como instrumento de fraudes ou meio de pressão indevida sobre as operadoras de planos de saúde.

Assim, uma abordagem mais rigorosa na verificação das demandas apresentadas por meio da NIP se faz necessária, incluindo medidas como a exigência de documentação obrigatória para comprovação das alegadas negativas de cobertura, a confirmação do vínculo entre o solicitante e o beneficiário, bem como a obrigatoriedade do protocolo de atendimento da operadora antes do registro da reclamação. Tais providências poderiam minimizar a ocorrência de fraudes, garantindo maior segurança para beneficiários e operadoras e promovendo um ambiente mais equilibrado e justo para a solução extrajudicial de conflitos.

Em suma, a NIP não apenas fortaleceu o direito dos beneficiários, ao proporcionar respostas mais rápidas e eficientes para suas demandas, mas também trouxe vantagens substanciais para o setor como um todo. Ao promover uma cultura de resolução voluntária de conflitos, a NIP tem sido um avanço para a saúde suplementar, pois proporciona soluções mais rápidas e justas, beneficiando tanto os consumidores quanto os prestadores de serviços e o próprio sistema regulatório. Seu impacto positivo é evidente não só nas estatísticas de resolutividade, mas também na melhoria da relação entre os atores do setor, contribuindo para um ambiente mais equilibrado, transparente e sustentável no mercado de saúde suplementar.

Diante disso, torna-se fundamental o aprimoramento da NIP para evitar sua utilização indevida e garantir que continue atendendo à sua finalidade precípua de promover a efetivação do direito constitucional à saúde, por meio da resolução célere das demandas dos beneficiários. A constante evolução do setor de saúde suplementar exige que mecanismos como a NIP

acompanhem as mudanças regulatórias e as novas dinâmicas de mercado, garantindo que se mantenham como ferramentas confiáveis para a mediação de conflitos. Portanto, a manutenção e o aperfeiçoamento desse instrumento são essenciais para assegurar a proteção dos direitos dos beneficiários e o fortalecimento da regulação da saúde suplementar no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Ceres; FONSECA, Artur Lourenço; MARTINS, Ana Cristina Marques; SANTOS, Isabela Soares; SASSON, Daniel; SIMÕES, Kelly de Almeida. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jXwhKzH5MtFjLS4h7WdMy8m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2025.

ALVES, Cássio Guilherme e BITENCOURT Caroline Müller. O DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988: A GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA ENTRE O PODER JUDICIÁRIO E A PONDERAÇÃO DE PRINCÍPIOS. São Paulo: Revista Direito GV, 2020.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS atinge maior índice de resolução de demandas de consumidores desde 2013. **Gov.br**, 2021. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-atinge-maior-indice-de-resolucao-de-demandas-de-consumidores-desde-2013>. Acesso em: 24 jul. 2022.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS divulga a 7ª edição do Panorama - Saúde Suplementar. Publicação traz análises do 3º trimestre de 2024 e informações atualizadas até outubro. Brasília, 27 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-a-7a-edicao-do-panorama-2013-saude-suplementar> . Acesso em: 01 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS faz retrospectiva da saúde suplementar em 2023. Setor encerra o ano com 50,9 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e começa a dar sinais de recuperação econômica. Gov.br, 29 de dez.2023 . Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-faz-retrospectiva-da-saude-suplementar-em-2023>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS celebra 10 anos da NIP, ferramenta para resolução de conflitos entre beneficiários e planos de saúde. **Gov.br**, 2020. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-celebra-10-anos-da-nip-ferramenta-para-resolucao-de-conflitos-entre-beneficiarios-e-planos-de-saude>. Acesso em: 24 jul. 2022.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS na Mídia. Terceiro episódio do "ANS em Pauta" aborda a judicialização no setor de planos de saúde. Programa traz uma conversa com a diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros, e o procurador-geral da ANS, Daniel Tostes. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/terceiro-episodio-do-ans-em-pauta-aborda-a-judicializacao-no-setor-de-planos-de-saude> . Acesso em: 08 abril. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Cartilha Autorização de Funcionamento. 3ª.ed. **Gov.br**, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/espaco-da-operadora-de-plano-de-saude/registro-e-manutencao-de-operadoras-e-produtos-1/Cartilha_Autorizacao_de_Funcionamento_002_semgov.pdf. Acesso em: 15 fev. de 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Cancelamento de Registro de Operadoras. **Gov.br**, 11 out. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/cancelamento-de-registro-de-operadoras#:~:text=Exig%C3%A2ncias%20legais%20para%20solicita%C3%A7%C3%A3o%20de%20cancelamento%20a%20pedido&text=declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20inexist%C3%A2ncia%20de%20obriga%C3%A7%C3%B5es,com%20pessoa%20f%C3%ADsica%20ou%20jur%C3%ADdica>. Acesso em: 15 fev.2025.

ANS.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Consulta Pública 32. Exposição de Motivos. Brasília, 16 jun. de 2010. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-32>. Acesso em: 25 nov. de 2024.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados e Índices de Reclamações. Conheça a posição de uma operadora no ranking das empresas de plano de saúde que mais recebem reclamações de seus consumidores. Gov.br, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes-2> . Acesso em: 02 dez. 2024

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. FAQ - RN 412, de 10 de novembro de 2016. **Gov.br**, 11 de 2017. Disponível em: [FAQ_RN 412 versao DEZEMBRO 2017](#). Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Qual é o tema da dúvida? **Gov.br**, 11 de 2017. Disponível em: [A ANS](#). Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Instrução Normativa – IN DIPRO nº 28 (2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMyNQ==> . Acesso em: 09 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Instrução Normativa – IN DIPRO nº 31 (2022). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOA==> . Acesso em: 02 dez. 2024.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS divulga a 7ª edição do Panorama - Saúde Suplementar. Publicação traz análises de dados do 3º trimestre de 2024 e informações atualizadas de outubro. Gov.br, 27 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-a-7a-edicao-do-panorama-2013-saude-suplementar#:~:text=Pela%20primeira%20vez%20desde%202021,rela%C3%A7%C3%A3o%20ao%20ano%20base%202019>. Acesso em: 02 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Exposição de Motivos referente à Resolução Normativa que instituiu o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (ANS. Consulta Pública 32. Exposição de Motivos. Brasília, 16 jun. de 2010. Disponível em

<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-32>. Acesso em: 25 nov. de 2024.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual de tópicos de saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania. Rio de Janeiro:ANS, 2021. p. 17. Disponível em:

https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf. Acesso em: 15 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Monitoramento da Garantia de Atendimento. Conheça o resultado completo do monitoramento da garantia de atendimento. **Gov.br**, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/monitoramento-de-garantia-de-atendimento> . Acesso em: 02 dez. 2024.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Nota Técnica nº 3/2023/COESP/ASSNT-DIFIS/DIRAD-DIFIS/DIFIS. PROCESSO Nº: 33910.038994/2023-28. Gov.br, 07 dez. de 2023. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrator-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/42/Nota_Tcnica_Introdutria.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Nota Técnica nº 4/2024/COESP/ASSNT-DIFIS/DIRAD-DIFIS/DIFIS. PROCESSO Nº: 33910.038994/2023-28. Gov.br, 18 dez. de 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrator-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/42/Nota_Tcnica_da_Avaliao_Parcial_dos_Impactos_Regulatrios.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Panorama Saúde Suplementar. ANS, v.5 - nº 7. **Gov.br**, 27 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-a-7a-edicao-do-panorama-2013-saude-suplementar#:~:text=Na%20se%C3%A7%C3%A3o%20Benefici%C3%A1rios%20de%20planos,1%25%20para%20planos%20exclusivamente%20odontol%C3%B3gicos>. Acesso em: 01 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Plano de Saúde. Informações para contratação, manutenção, troca e cancelamento de plano. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/jornada-do-beneficiario-defeso.pdf>. Acesso em: 09 fev. de 2025

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Planos Coletivos por Adesão e Empresariais. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 08 fev. de 2025

ANS.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Planos Coletivos Empresariais contratados por Empresário Individual. Informações importantes sobre a contratação de plano coletivo empresarial por empresário individual. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 08 de fev. de 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. TPS nº 03 - Tomada de subsídios com o objetivo de receber contribuições sobre a atual regulamentação das Autogestões. Tomada de subsídios com o objetivo de receber contribuições sobre a atual regulamentação das Autogestões. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/tomada-publica-de-subsidios-tps/tps-no-03>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 48 (2003). Disponível em <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244009>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 137 (2006). Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=MTEwNw==>. Acesso em: 11 fev. de 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa - RN nº 226 (2010). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0226_05_08_2010.html. Acesso em: 21 jul. 2022.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 343 (2013). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0343_17_12_2013.html. Acesso em: 21 jul. 2022.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 369(2015). Altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da ANS; e altera o Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=MjkwMg==>. Acesso 16 fev. de 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 388 (2015). Disponível em https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33345888/do1-2015-11-26-resolucao-normativa-rn-n-388-de-25-de-novembro-de-2015-33345797. Acesso em: 21 jul. 2022.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 412 (2016). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=MzM5NA==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 444 (2019). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=MzcwMA==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 432 (2017). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUzMA==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 465 (2021). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 483(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE0Mw==>. Acesso em: 02 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 488(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE0OA==>. Acesso em: 17 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 489(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE0OQ==>. Acesso em: 02 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 515 (2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxMA==>. Acesso em: 08 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 531(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIyNQ==>. Acesso 08 fev.2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 543(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI4Mw==>. Acesso 15 fev. de 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 558 (2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMzMA==>. Acesso em: 18 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 561 (2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMzMw==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 557(2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>. Acesso em: 08 fev. de 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 579(2023). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>. Acesso em: 08 fev. de 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 593 (2023). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDQ2Nw==>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Regimental -RR nº 21, (2022). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDEyNA==> . Acesso em: 02 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Súmula Normativa nº 27, (2015). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=Mjk5NA==>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Planos Coletivos por Adesão e Empresariais. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 08 fev. de 2025

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Serviços e Informações do Brasil. Reclamar sobre plano de saúde (NIP). Brasília, 24 out. de 2024. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/servicos/receber-reclamacoes-sobre-possiveis-praticas-irregulares-de-operadoras-de-planos-privados-de-assistencia-a-saude-inclusive-administradoras-de-beneficios#etapas-para-a-realizacao-deste-servico>. Acesso em: 26 nov. 2024

BIANCHI, Fernando Machado. **Os males da judicialização da saúde e a insegurança jurídica. Aprimoramento do ecossistema de saúde brasileiro**. São Paulo: Reino Editorial : M3BS Advogados, 2024.

BRAGA, Renata; BRAGANÇA, Fernanda; LOSS, Juliana. Plataformas de solução de conflitos nas agências reguladoras e implantação da Resolução n.358 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Brasília: Revista Eletrônica do CNJ, v.6, n.1, jan./jun. 2022. ISSN 2525-4502.

Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/ojs/index.php/revista-cnj/issue/view/9>. Acesso em: 25 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de plano de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/52-legislatura/cpisaude/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 4.657 (1942). Decreto-Lei nº 4.657. Lei de Introdução às normas de Direito Brasileiro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm. Acesso em: 01 de fev. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848 (1940). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 18 de fev. 2025.

BRASIL. Decreto nº 591(1992). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 06 de jul. 1992.

BRASIL. Lei nº 5.764 (1971). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15764.htm. Acesso em: 15 de fev. 1971.

BRASIL. Lei nº 9.9656 (1998). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm . Acesso em: 21 de jul.2022.

BRASIL. Lei nº 9.784 (1999). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19784.htm . Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.961 (2000). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm . Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.784 (1999). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19784.htm . Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.185 (2001). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110185.htm. Acesso em: 12 de fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.105 (2015). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm .Acesso em: 15 de fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.655 (2018). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13655.htm . Acesso em: 01 de fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.848 (2019). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13848.htm. Acesso em: 25 de jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.709 (2018) Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm#art65. Acesso em: 17 de fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.307 (2018) Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2022/lei/l14307.htm. Acesso em: 17 de fev. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução extrajudicial de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2014.

BUZZI, Ministro Marco Aurélio. A mediação como solução à excessiva judicialização da saúde. Judicialização da saúde. Palmas: Editora Smat, 2020.

CANCIAN, Renato. Estado do bem-estar social - História e crise do welfare state. **UOL**,2024. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/estado-do-bem-estar-social-historia-e-crise-do-welfare-state.htm>. Acesso em: 30 dez. de 2024.

CANTO, Diego Eidelwein. A vulnerabilidade agravada do consumidor-idoso nos planos privados de assistência à saúde regiões e desenvolvimento: o processo de desenvolvimento regional brasileiro no período 1999-2010. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. São Paulo, p. 261. 2015.

COELHO. Débora Figueiredo. A fraude no reembolso de planos de saúde e as medidas adotadas pela ANS. Rio de Janeiro: 03 de mai. 2023. Disponível em: <https://www.prosperabr.com/opiniao/a-fraude-no-reembolso-de-planos-de-saude-e-as-medidas-adotadas-pela-ans> . Acesso em: 18 de fev. 2025.

CUNHA, Ricardo Almeida Cunha. **O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais**. Brasília, Cadernos Ibero - Americanos de Direito Sanitário, 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/395/470> Acesso em: 28 dez..2024.

DELDUQUE, Maria Célia. A Mediação Sanitária como novo paradigma alternativo à judicialização das políticas de saúde no Brasil. Brasil: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43049> . Acesso: 20 fev. 2025.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 35. ed. São Paulo: Forense, 2022.

FILHO, José dos Santos Carvalho. **Manual de Direito Administrativo**. 36.ed. São Paulo: Atlas, 2022.

FILHO, Sergio Cavalieri. **Programa de Responsabilidade Civil**. 10º. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

FILHO, Paulo Roberto Rebello. **Os horizontes da regulação da saúde suplementar. Aprimoramento do ecossistema de saúde brasileiro**. São Paulo: Reino Editorial : M3BS Advogados, 2024. p.16-41.

FILHO, Paulo Roberto Rebello. **Regulação da saúde suplementar no Brasil, uma análise histórica, prospectiva e desafios do setor**. *Revista de Direito de Saúde Suplementar*. Ano 8. nº 8. São Paulo: Editora Singular, 2024.p. 147-184.

FONSECA, João Bosco Leopoldino. **Direito Econômico**. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

FREIRE, Simone Sanches; TOSTES, Eduardo Chow de Matinho. **A NIP da ANS e a eficiência administrativa na resolução de litígios da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Revista Estudos Institucionais, 2021.

FREIRE, Simone Sanches. **Análise Descritiva do Papel da Notificação Preliminar de Intermediação (NIP) como Instrumento Regulatório do Setor de Saúde Suplementar**. 2021. 72f. Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2021.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Fraudes e desperdícios em Saúde Suplementar. iess.org.br, 11 de 2023. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-externos/fraudes-e-desperdicios-em-saude-suplementar> . Acesso em: 17 de fev. 2025

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro, volume 1 : parte geral**. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GUERRA, Sérgio; PALMA, Juliana Bonacorsi. Art. 26 da LINDB Novo regime jurídico de negociação com a Administração Pública. *Revista Direito Administrativo da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas*, Rio de Janeiro, Edição Especial - Direito Público na Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro - LINDB (Lei nº 13.655/2018), p. 135-169, nov.2018. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/77652> . Acesso em: 05 de jul.2024.

GUERRA, Sérgio; SALINAS, Natasha Schmitt Caccia. **Resolução eletrônica de conflitos em agências reguladoras**. São Paulo: Revista Direito GV, 2020.

GUERRA, Sérgio; SAMPAIO, Patrícia (Org.). DUARTE, Danielle Cavalcante; SILVA, Gabriel Cozendey Pereira; GONÇALVES, Leonardo Gomes Ribeiro; MARTINS, Luis Lopes; TORRES, Máira Ayres; DAYCHOUM, Mariam Tchepurnaya; ALENCAR, Paulo Wunder de;

FREITAS, Rafael Vêras de; VOLOTÃO, Romilson de Almeida. **Processo administrativo nas agências reguladoras**: uma proposta de disciplina legislativa. Rio de Janeiro: FGV Direito Rio, 2016.

JOTA. Gastos com saúde chegam a quase 9,7% do PIB, diz diretor do Ministério da Saúde. Jota, São Paulo: 22 nov. 2024. Disponível em: <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/gastos-com-saude-chegam-a-quase-97-do-pib-diz-diretor-do-ministerio-da-saude> . Acesso em: 02 de fev. 2025.

KUSMA, Thaís Fernanda. Soluções Consensuais no âmbito do Tribunal de Contas da União: SecexConsenso e a Instrução Normativa N.91/2022. Revista do Ministério Público de Contas do Estado do Paraná, Curitiba, v.X, n.19, p.119-135, jul./dez. 2023. Disponível em: <https://revista.mpc.pr.gov.br/index.php/RMPCPR/issue/view/21/21>. Acesso em 06 de jul. de 2024.

LEITE. Poliana Lobo. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Processo Sancionador**. Revista de Direito de Saúde Suplementar. Ano 8. nº 8. São Paulo: Editora Singular, 2024.p. 131-146.

LOPES, Luiz Celso Dias. **A regulação e a relação com o consumidor. Aprimoramento do ecossistema de saúde brasileiro**. São Paulo: Reino Editorial : M3BS Advogados, 2024. p.322-335.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor, 3ª. ed.** São Paulo: RT, 1998.

MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 6.ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

MAZZA, Alexandre. **Manual de direito administrativo**. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MEDEIROS, Eliane. ANS tem adotado postura proativa no combate a fraudes na saúde suplementar. Brasil: 27 de mar. 2024. Disponível em: <https://www.jota.info/artigos/ans-tem-adotado-postura-proativa-no-combate-a-fraudes-na-saude-suplementar> . Acesso em: 18 de fev. de 2025.

MONTONE, Januário. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar: subsídios ao Fórum de Saúde Suplementar. In: Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar: subsídios ao Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans4.pdf . Acesso em: 26 de jan.2025.

NEVES, Cleuler Barbosa das; FERREIRA FILHO, Marcílio da Silva. **Dever de consensualidade na atuação administrativa**. Revista de Informação Legislativa: RIL, v. 55, n. 218, p. 63-84, abr./jun. 2018. Disponível em: http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/55/218/ril_v55_n218_p63. Acesso em: 10 de ago, de 2022.

OLIVEIRA, Italo Martins de. **O papel das administradoras de benefícios no sistema de saúde suplementar. Aprimoramento do ecossistema de saúde brasileiro.** São Paulo: Reino Editorial : M3BS Advogados, 2024. p. 104-111.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.** Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 jan. 2025.

PALMA, Juliana Bonacorsi de. **Acordos para ajuste de condutas em processos punitivos das agências reguladoras.** Direito da infraestrutura. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p.63-116.

PALMA, Juliana Bonacorsi de. **Devido processo legal na consensualidade administrativa.** Estudos atuais sobre ato e processo administrativo. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

PALMA, Juliana Bonacorsi de. **Justiça Federal: inovações nos mecanismos consensuais de solução de conflitos.** A Consensualidade na Administração Pública e seu Controle Judicial. Coleção MASC. Rio Grande do Sul: Gazeta Jurídica, 2014.

PEREIRA, Carlos. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Montone J; Werneck A, organizadores. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar, v.3, p.93-120, 2003. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reg_saudevol3t1.pdf . Acesso em: 26 de jan. 2025.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, Ano 47, v. 120, n. 1, p. 07-40, Jan-Abr, 1996. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/1734/1/1996%20RSP%20ano.47%20v.120%20n.1%20jan-abr%20p.07-40.pdf> .Acesso em: 26 jan. 2025.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. Revista do Serviço Público, Ano 49, v.1, Jan-Mar, 1998. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/1462/1/1998%20Vol.49%2cn.1%20Bresser%20Pereira.pdf> .Acesso em: 26 jan. 2025.

Receita Federal. O que é operadora de planos privados de assistência à saúde? **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/dmed/o-que-e-operadora-de> . Acesso em: 10 fev.2025.

SCHAEFER, Fernanda. **Responsabilidade civil dos planos e seguros de saúde.** Curitiba: Paraná, 2003.

SILVA, José Luiz Toro da. **Da inexistência de relações de consumo nas autogestões.**Revista de Direito de Saúde Suplementar. Ano 8. nº 8. São Paulo: Editora Singular, 2024. p. 205-219.

SILVA, José Luiz Toro da. **Manual de direito da saúde suplementar.** São Paulo: M.A Pontes Editora, 2005.

STF – Agravo no Recurso Extraordinário nº 271.286-8, Segunda Turma, Relator Ministro Celso de Melo, Julgamento 12.09.2000, Publicação 24.11.2000. Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538> . Acesso em: 28 dez.2024.

STF – Recurso Extraordinário nº 666.094 -DF, Tribunal Pleno, Relator Roberto Barroso, Julgamento em 30.09.2021, Publicação em 03.02.2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4178086> . Acesso em: 05 jan. 2025.

STF. Primeira Turma. Recurso Extraordinário 253885. Relatora. Min. Ellen Gracie, 21 de junho de 2002. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur99342/false> . Acesso em: 05 de jul.2024.

STJ - Recurso Especial nº 1.959.929 - SP. 3ª Turma. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Julgamento: 22/11/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=171500168®istro_numero=202100219333&peticao_numero=&publicacao_data=20221130&formato=PDF . Acesso em: 20 fev. 2025

STF. Vocabulário Jurídico (Tesauro). stf.jus. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/tesauro/pesquisa.asp?pesquisaLivre=FRAUDE#:~:text=Qualquer%20ato%20ardiloso%2C%20enganoso%2C%20de,de%20n%C3%A3o%20cumprir%20determinado%20dever>. Acesso em: 17 de fev. 2025.

STJ - Resp 1121067/PR. Rel. Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, Data de Julgamento: 21.06.2022, Data de Julgamento: 03.02.202. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?b=ACOR&livre=%28RESP.clas.+e+%40num%3D%221121067%22%29+ou+%28RESP+adj+%221121067%22%29.suce.&O=JT> . Acesso em: 12 fev.2025.

STJ - Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 24197, Primeira Turma, Relator Ministro Luiz Fux, Julgamento 04/05/2010, Publicação 24/08/2010. Disponível em https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200701125005&dt_publicacao=24/08/2010 . Acesso em 28 dez.2024.

STJ – Tema Repetitivo 1123 - Recurso Especial nº 1872241 / PE - Primeira Seção - Relator Ministro Herman Benjamin, Julgamento 23/11/2022, Publicação 14/12/2022. Disponível em <https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?b=ACOR&livre=202001005041.REG.%20E%2014/12/2022.FONT> . Acesso em: 07 fev.2025

VALENTE, Vera. **Combater as fraudes é um dever de todos. Aprimoramento do ecossistema de saúde brasileiro**. São Paulo: Reino Editorial : M3BS Advogados, 2024. p.372-381.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil: parte geral**, 13ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

Você conhece as 3 gerações dos Direitos Humanos? **Supremo TV**, 2022. Disponível em: <https://blog.supremotv.com.br/voce-conhece-as-3-geracoes-dos-direitos-humanos/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

Webinar discute intermediação de conflitos na saúde suplementar. **Editora Roncarati**, 2020. Disponível em <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Artigos-e-Noticias/Artigos-e-Noticias/Webinar-discute-intermediacao-de-conflitos-na-saude-suplementar.html> . Acesso em: 24 jul. 2022.