

A Resolução Normativa nº 561, publicada em dezembro de 2022 e vigente a partir de fevereiro de 2023, regula a forma de solicitação de cancelamento dos contratos de planos de saúde individuais ou familiares e a exclusão de beneficiários em contratos coletivos empresariais ou por adesão.

### **Quais são as formas de solicitar o cancelamento/exclusão?**

- Plano individual/familiar: O beneficiário pode solicitar o cancelamento diretamente à operadora de forma presencial, por telefone ou pela internet (site da operadora).
- Plano coletivo empresarial: O beneficiário titular deve solicitar sua exclusão à empresa contratante. Se a empresa não comunicar a operadora em 30 dias, o beneficiário pode solicitar diretamente a exclusão à operadora.
- Plano coletivo por adesão: Pode-se solicitar a exclusão à pessoa jurídica contratante, à administradora de benefícios ou diretamente à operadora, por diversos meios incluindo presencial, telefone e internet.

### **Qual é o efeito do cancelamento/exclusão?**

- A solicitação tem efeito imediato e caráter irrevogável a partir do momento em que a operadora ou administradora toma conhecimento do pedido. Não há direito de arrependimento nem possibilidade de reativação automática.
- Depois do cancelamento/exclusão, não há cobertura do plano, inclusive para casos de urgência ou emergência. O beneficiário deve devolver os cartões do plano e não poderá mais utilizar guias ou autorizações anteriores.
- Despesas decorrentes de atendimentos realizados após a data da solicitação são de responsabilidade do beneficiário.

**Quais são as responsabilidades financeiras do beneficiário?**

- Mensalidades pendentes e coparticipações relativas a serviços usados antes da solicitação devem ser pagas pelo beneficiário.
- Serviços realizados após o cancelamento/exclusão, inclusive emergenciais, também ficam por conta do beneficiário.
- Em planos pré-pagamento, se a mensalidade foi paga antecipadamente, o beneficiário tem direito à devolução proporcional aos dias não utilizados.

**Quais são as consequências para o ingresso em um novo plano?**

O beneficiário que ingressar em novo plano poderá:

- Ter que cumprir novos períodos de carência;
- Perder o direito à portabilidade de carências, se o cancelamento atual não foi motivado por migração direta;
- Ter que preencher nova declaração de saúde e cumprir cobertura parcial temporária em caso de doença ou lesão preexistente;
- Perder direitos relacionados ao período de remissão no plano anterior, assumindo obrigações financeiras do novo contrato.

**Como me certifico do cancelamento/exclusão?**

- A operadora ou administradora tem prazo de até 10 dias úteis para fornecer o comprovante efetivo do cancelamento ou da exclusão ao beneficiário.
- Esse comprovante deve conter informações claras sobre as consequências, possíveis cobranças futuras e data/hora da solicitação para evitar dúvidas sobre o atendimento ou utilização indevida.

**Informações importantes adicionais**

- A exclusão do beneficiário titular em contratos coletivos pode excluir também seus dependentes, conforme regras contratuais.
- Dependentes mantêm o direito de manter o plano se o titular individual/familiar cancelar sua adesão, assumindo as obrigações financeiras.

- A operadora não pode cancelar ou excluir unilateralmente o beneficiário, salvo nos casos previstos em lei (fraude, inadimplência, entre outros).

A RN 561 reafirma a transparência e deve garantir que o beneficiário seja informado de todos os detalhes e consequências no momento da solicitação, para que a decisão seja consciente.

---