

Coleção

USO PROFISSIONAL

Organizadores

Leonardo Garcia
Alessandro Dantas
Roberval Rocha

JOSIANE ARAÚJO GOMES

LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

DOCTRINA E JURISPRUDÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO PROFISSIONAL

6ª edição

*revista, ampliada
e atualizada*

2024

 **EDITORA**
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

Art. 10-D. Fica instituída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

§ 1º O funcionamento e a composição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar serão estabelecidos em regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

§ 2º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar terá composição e regimento definidos em regulamento, com a participação nos processos de: (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

I- 1 (um) representante indicado pelo Conselho Federal de Medicina; (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

II- 1 (um) representante da sociedade de especialidade médica, conforme a área terapêutica ou o uso da tecnologia a ser analisada, indicado pela Associação Médica Brasileira; (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

III- 1 (um) representante de entidade representativa de consumidores de planos de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

IV- 1 (um) representante de entidade representativa dos prestadores de serviços na saúde suplementar; (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

V- 1 (um) representante de entidade representativa das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

VI- representantes de áreas de atuação profissional da saúde relacionadas ao evento ou procedimento sob análise. (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

§ 3º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar deverá apresentar relatório que considerará: (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

I- as melhores evidências científicas disponíveis e possíveis sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade, a eficiência, a usabilidade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou para a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

II- a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

III- a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar. (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

§ 4º Os membros indicados para compor a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, bem como os repre-

sentantes designados para participarem dos processos, deverão ter formação técnica suficiente para compreensão adequada das evidências científicas e dos critérios utilizados na avaliação. (Incluído pela Lei nº 14.307, de 2022)

◆ **Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.** A Lei nº 14.307/2022 foi responsável pela criação da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, por meio da inclusão do art. 10-D na Lei nº 9.656/98.

► **Processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.** Ver art. 10, §§4º a 11, *supra*.

■ **Constitucionalidade questionada perante o STF.** O Comitê Brasileiro de Organizações Representativas das Pessoas com Deficiência (CRPD) propôs a ADI nº 7.183 e a Associação Brasileira de Proteção aos Consumidores de Planos e Sistema de Saúde (Saúde Brasil) propôs a ADI nº 7.088, em que, dentre os dispositivos questionados, constou o art. 10-D da Lei nº 9.656/98, introduzido na Lei dos Planos de Saúde pela Lei nº 14.307/2022. Sobre referido dispositivo legal, os requerentes sustentaram que os usuários de planos de saúde estão sub-representados na comissão de atualização do rol, bem como apontaram a inexistência de representação específica das pessoas com deficiência, a prevalência de critérios financeiros na decisão sobre a inclusão de novos procedimentos e a exigência de formação em nível superior para compor o comitê como razões desabonadoras da estrutura criada pela lei. Todavia, o Tribunal Pleno do STF, em 10/11/2022, reconheceu a constitucionalidade do art. 10-D, conforme o seguinte trecho da ementa do julgado: “[...] 7. Também não é correta a alegação de que haveria exclusão da participação de usuários de planos de saúde ou discriminação de qualquer natureza na composição da Comissão de Atualização do Rol. A Resolução Normativa nº 474/2021, que define a composição desse órgão, garante a presença de representantes de entidades de defesa do consumidor, de associações de usuários de planos de saúde e de organismos de proteção dos interesses das pessoas com deficiências e patologias especiais. Além disso, a exigência de que os membros indicados tenham formação que lhes permita compreender as evidências científicas apresentadas decorre da natureza técnica do procedimento de atualização do rol. [...]”. (ADI 7088, Rel. Roberto Barroso, Tribunal Pleno, julgado em 10/11/2022, publicado em 10-01-2023).

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

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

■ **Constitucionalidade.** No julgamento da ADI nº 1.931/DF, o Supremo Tribunal Federal declarou a constitucionalidade dos arts. 10 (exceto § 2º), 11 e 12, da Lei nº 9.656/98, sob o seguinte fundamento: “Verifica-se, mediante a leitura do diploma impugnado, ter o legislador atentado para o objetivo maior do Estado: proporcionar vida gregária segura e com o mínimo de conforto suficiente a satisfazer valor maior – a preservação da dignidade do homem. Excluiu-se da cobertura, entre outros, medicamentos não nacionalizados, bem como tratamentos experimentais e aqueles com finalidade estética, evitando a imposição de ônus excessivo aos prestadores de serviços. Foram incluídos, porém, aspectos básicos dos atendimentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico e odontológico, sem os quais a prestação seria incompleta, onerando demasiadamente o consumidor. É impróprio arguir a falta de razoabilidade da obrigação de o plano de saúde abranger todas as enfermidades especificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde. O mesmo ocorre no tocante à cobertura de patologias preexistentes, cujo tratamento objetivo conferido pelo diploma impede posturas arbitrárias, resguardando o atendimento do consumidor acometido por doença grave posteriormente à celebração da avença. O ônus, é importante destacar, não recai apenas sobre a empresa. Faculta-se à entidade a realização de exame clínico-laboratorial prévio à contratação e a rescisão contratual em caso de fraude relacionada ao estado de saúde do consumidor, nos termos da Resolução Normativa nº 162/2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que regulamenta o artigo 11 da Lei nº 9.656/1998. Também surge impertinente atribuir ao diploma a pecha de desproporcional por obrigar o plano de saúde a cobrir, sem limitação, a quantidade de exames e internações estipulada pelo médico responsável. A observância do que determinado pela autoridade clínica consiste em pressuposto mínimo de qualidade do serviço prestado. Descabe articular com a extravagância, presumindo fraudes na atuação de profissionais da saúde. Eventuais ilícitos praticados devem ser repreendidos na seara apropriada, sem constituírem regra geral, tampouco justificativa para prestação inadequada de serviços. A promoção da saúde, mesmo na esfera privada, não se vincula às premissas do lucro, sob pena de ter-se, inclusive, ofensa à isonomia, consideradas as barreiras ao acesso aos planos de saúde por parte de pacientes portadores de moléstias graves. A atuação no lucrativo mercado de planos de saúde não pode ocorrer à revelia da importância desse serviço social, reconhecida no artigo 197 do Texto Maior”. (STF. ADI 1931, Rel. Min. Marco Aurélio, Tribunal Pleno, julgado em 07/02/2018, Acórdão Eletrônico DJe-113 Divulg. 07-06-2018 Public. 08-06-2018).

◆ **Doença preexistente.** Por doenças ou lesões preexistentes entende-se “aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961,

de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução” (art. 2º, I, da Resolução Normativa nº 558/2022).

◆ **Doença preexistente. Tentativa conceitual.** “[...]. Excetuando-se, talvez, os casos de acidentes e algumas poucas outras situações, é quase sempre muito difícil para o médico identificar com exatidão o momento em que o organismo abandona a higidez e transpassa o portal da doença. Na maioria das vezes, os procedimentos propedêuticos se prestam para detectar algo já em curso e, quando muito, quantificar o grau de comprometimento orgânico decorrente da moléstia. É notório o comportamento insidioso das doenças cardiovasculares e das neoplasias. Tomando-se por exemplo, o câncer de pulmão, hoje acredita-se, pelos estudos já realizados, que a forma mais freqüente deste tipo de câncer leva, em média, cerca de 9 anos para se tornar sintomático, e portanto passível de uma detecção. De igual modo se comporta a hipertensão arterial essencial, substrato mais importante na gênese das moléstias cardiovasculares. Desta forma, retirando as exceções de praxe, o que normalmente se faz é detectar algo já instalado e quantificar a sua intensidade. [...]. O conceito de doença preexistente é um conceito relativo, porque sempre se dará em relação a um fato. No caso concreto desta consulta, o ponto referencial será o da assinatura do contrato. Se é difícil, se não impossível, sob a ótica médica determinar com exatidão a preexistência de uma doença; isto já não ocorre do ponto de vista jurídico, onde valerá todo o conhecimento por parte do segurado em relação à sua saúde quando do momento da assinatura do contrato e da concomitante informação, se assim for solicitado”. (Processo-Consulta CFM nº 0955/96).

► **Doença preexistente não é óbice à contratação.** A pessoa não pode ser impossibilitada de aderir a um plano de saúde por ser, naquele momento, portadora de moléstia ou debilidade físico-psicológica. ■ **No mesmo sentido.** “APELAÇÃO CÍVEL. PROPOSTA. PLANO DE SAÚDE. DANO MORAL IN RE IPSA. A negativa de contratação não pode se basear no fato da Apelante ter doença preexistente, pois tal motivação não pode sobrepor-se ao direito à vida, especialmente em situação de emergência em que o bem jurídico ‘vida’ mostra-se submetido à maior risco. Na espécie, a quantia de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) mostra-se em consonância com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, o caráter pedagógico/punitivo do instituto, devendo ser aplicado o Enunciado Aviso nº 55 de 2012 do TJRJ. Desprovemento ao recurso”. (TJRJ. Apelação n. 0232632-39.2013.8.19.0001. Des.(a) Andrea Fortuna Teixeira. 25ª Câmara Cível. Julgamento. 06/11/2014). ■ **No mesmo sentido.** “APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE CONTRATAÇÃO. DEPENDENTE COM PARALISIA CEREBRAL. DANO MORAL. JUROS. JUSTIÇA GRATUITA. OPERADORA EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL. 1-A r. sentença recorrida julgou procedente a ação cominatória para tornar definitiva a liminar e condenar a ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$18.000,00. [...]3 – A operadora não poderá impedir a contratação do plano de saúde caso existe declaração de doenças ou lesões existentes no momento da contratação. Danos morais configurados. [...]”. (TJSP. Apelação Cível 0003804-53.2010.8.26.0348. Rel. Alexandre Lazzarini. Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado. Data do Julgamento: 12/05/2015. Data de Registro: 12/05/2015). ◆ **No mesmo sentido.** Súmula Normativa nº 27/2015, da ANS, *in verbis*: “É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qual-

quer 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”.

◆ **Faculdade da operadora em oferecer cobertura total na hipótese de doença preexistente.** Art. 6º, *caput*, da Resolução Normativa nº 558/2022: “Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário”.

◆ **Cobertura parcial temporária.** Indicada pela sigla CPT, é “aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal” (art. 2º, II, da Resolução Normativa nº 558/2022). O oferecimento dessa limitação de cobertura, pela operadora ao usuário, é obrigatório nos casos em que aquela não opte pelo oferecimento de cobertura total, pois, caso assim não proceda, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo (art. 6º, § 2º, da Resolução Normativa nº 558/2022).

► **No mesmo sentido:** Constata-se que, por meio da CPT, a operadora não pode excluir totalmente a cobertura dos serviços afetos às doenças e lesões preexistentes à data da contratação. Haverá apenas a suspensão da cobertura pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, referente aos procedimentos cirúrgicos, o uso de leitos de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade (art. 6º, § 3º, da Resolução Normativa nº 558/2022). Findo o prazo de suspensão, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98 (art. 7º, § 1º, da Resolução Normativa nº 558/2022).

■ **Prazo de cobertura parcial temporária em curso. Ausência de urgência ou emergência. Legítima a negativa de cobertura.** “(...) 1. Autora solicitou autorização para a realização de cirurgia bariátrica após 6 meses de contratação do plano de saúde. 2. Doença preexistente. Documentos dos autos comprovam que a autora estava em tratamento de obesidade há 5 anos. Autora entrou de licença médica para tratamento de saúde antes mesmo da contratação do plano. 3. Validade da cláusula que restringe a cobertura pelo prazo de 24 meses para doenças preexistentes. Cláusula que só deve ser afastada em caso de cirurgia de urgência. Precedentes. 4. Laudo pericial categórico ao afirmar que a cirurgia era eletiva e que a autoria não correria risco de morte caso não realizasse a cirurgia. 5. Não havendo risco de vida iminente deve ser prestigiado o contrato. Reforma da sentença para julgar improcedente o pedido indenizatório. Recur-

so conhecido e provido, nos termos do voto do Desembargador Relator”. (TJRJ. Apelação Cível nº 1629592-26.2011.8.19.0004. Des. Cherubin Helcias Schwartz Júnior. Décima Segunda Câmara Cível. Julgamento: 11/12/2018). ■ **No mesmo sentido.** “PLANO DE SAÚDE – OBRIGAÇÃO DE FAZER – CIRURGIA BARIÁTRICA – OBESIDADE – CARÊNCIA – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – RECUSA DA OPERADORA – AUSÊNCIA DE ILÍCITO – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NÃO DEMONSTRADO – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO. Inexistindo urgência ou emergência no procedimento, não há que se falar em rompimento do prazo ou na ilicitude da recusa pela operadora de plano de saúde. Ausente ato ilícito por parte da empresa de saúde, não há que se falar em indenização por dano moral”. (TJMT. Ap 13924/2018, Des. Carlos Alberto Alves da Rocha, Terceira Câmara de Direito Privado, Julgado em 18/04/2018, Publicado no DJE 25/04/2018).

■ **Prazo de cobertura parcial temporária em curso. Atendimento de urgência ou emergência. Cobertura devida.** “APELAÇÃO CÍVEL – PLANO DE SAÚDE – COBERTURA DE TRATAMENTO – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – INTERNAÇÃO – EMERGÊNCIA/URGÊNCIA DEMONSTRADA. I – Demonstrados nos autos que o caso do Autor se caracteriza como de urgência/emergência, é obrigatória a cobertura do procedimento e a concessão dos tratamentos pelo plano de saúde. II – Inoponível o prazo referente a cobertura parcial temporária, contratualmente prevista e comprovada, quando constatado o estado de emergência/urgência, assim definido no art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98 como sendo o que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente”. (TJMG. Apelação Cível 1.0024.13.429955-1/001, Rel. Des. João Cancio, 18ª Câmara Cível, julgamento em 09/10/2018, publicação da súmula em 11/10/2018).

◆ **Agravo.** Como opção à cobertura parcial temporária, é facultado o oferecimento de agravo, o qual consiste em “qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário” (art. 2º, III, da Resolução Normativa nº 558/2022). O agravo é regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa sobre o seu percentual ou valor, bem como sobre o seu período de vigência (art. 7º, § 2º, da Resolução Normativa nº 558/2022).

► **Agravo e carência.** Mesmo o usuário tendo optado pela adoção do agravo, não ficará isento quanto à observância dos prazos de carência previstos no contrato, pois a previsão destes prazos independe da preexistência ou não da doença.

► **Cobertura Parcial Temporária e Agravo são temporários.** Após o transcurso de vinte e quatro meses de vigência do contrato de plano de saúde, não pode a operadora se negar a fornecer ou a custear a realização de determinado procedimento médico-hospitalar sob a justificativa de preexistência da doença, pois tal aspecto não mais

influencia no cumprimento das prestações contratadas. Vale dizer, decorrido o prazo de dois anos, contados do início da vigência da relação contratual, a cobertura contratada se torna ampla e total, independente do momento de instalação da enfermidade.

◆ **No mesmo sentido:** Art. 7º, *caput* e § 1º, da Resolução Normativa nº 558/2022: “Art. 7º. A CPT e o Agravado dar-se-ão de acordo art. 2º, incisos II e III, desta Resolução, sendo vedada à operadora de planos privados de assistência à saúde, a alegação de DLP decorridos vinte e quatro meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde. § 1º Nos casos de CPT, findo o prazo de até vinte e quatro meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656, de 1998”.

▶ **Doença preexistente e ônus da prova.** O art. 11, da Lei nº 9.656/98, dispõe que cabe à operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário acerca da doença ou lesão preexistente. Referida previsão legal está em total consonância às diretrizes do Código de Defesa do Consumidor, por privilegiar a parte vulnerável da relação, bem como por consagrar a boa-fé objetiva que deve orientar todas as relações contratuais, de modo a proteger as legítimas expectativas das partes.

◆ **Dever de informação do beneficiário.** Art. 5º, *caput*, da Resolução Normativa nº 558/2022: “Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravado 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”.

▶ **Direito do beneficiário a ser orientado quando da contratação.** De modo a orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, tem ele o direito de preenchê-la mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem lhe seja atribuído qualquer ônus (art. 5º, § 1º, da Resolução Normativa nº 558/2022). Outrossim, constitui parte integrante obrigatória dos contratos de plano de saúde a Carta de Orientação ao Beneficiário, a qual constitui documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da declaração de saúde (art. 3º, *caput* e § 1º, da Resolução Normativa nº 558/2022).

◆ **Declaração de Saúde. Conceito e conteúdo.** Resolução Normativa nº 558/2022, arts. 10 e 11, *in verbis*:

Art. 10. A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais te-

nha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, e conterá, obrigatoriamente:

- I – a definição de CPT, constante no art. 2º, inciso II, desta Resolução;
- II – a definição de Agravo, de acordo com o art. 2º, inciso III, desta Resolução;
- III – a informação sobre o direito do beneficiário de ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, parágrafos 1º e 2º desta Resolução; e
- IV – a informação a respeito das consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS, a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada.

Parágrafo único. A Declaração de Saúde deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

Art. 11 O formulário conterá perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional, oferecendo campo para que seja registrado:

- I – se o preenchimento contou com a presença de médico orientador, o que deve ser registrado de próprio punho por este profissional, em campo específico;
- II – se o beneficiário dispensou a presença do médico orientador;
- III – comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar; e
- IV – identificação do beneficiário, assinatura e data de preenchimento da declaração.

◆ **Declaração de Saúde. Proteção de dado pessoal sensível. ANS.** Resolução Normativa nº 558/2022, art. 12: “As operadoras ficam obrigadas a proteger as informações prestadas nas declarações de saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor”.

◆ **Declaração de Saúde. Proteção de dado pessoal sensível. LGPD.** A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei nº 13.709/18), em seu art. 11, *caput* e incisos, prevê que o tratamento de dados pessoais sensíveis somente poderá ocorrer: “I – quando o titular ou seu responsável legal consentir, de forma específica e destacada, para finalidades específicas; II – sem fornecimento de consentimento do titular, nas hipóteses em que for indispensável para: a) cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador; b) tratamento compartilhado

de dados necessários à execução, pela administração pública, de políticas públicas previstas em leis ou regulamentos; c) realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis; d) exercício regular de direitos, inclusive em contrato e em processo judicial, administrativo e arbitral, este último nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 (Lei de Arbitragem); e) proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro; f) tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; ou g) garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, resguardados os direitos mencionados no art. 9º desta Lei e exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais”. Ressalte-se que, especificamente com relação aos planos de saúde, o § 4º de referido dispositivo legal prevê ser “vedada a comunicação ou o uso compartilhado entre controladores de dados pessoais sensíveis referentes à saúde com objetivo de obter vantagem econômica, exceto nas hipóteses relativas a prestação de serviços de saúde, de assistência farmacêutica e de assistência à saúde, desde que observado o § 5º deste artigo, incluídos os serviços auxiliares de diagnose e terapia, em benefício dos interesses dos titulares de dados, e para permitir: I – a portabilidade de dados quando solicitada pelo titular; ou II – as transações financeiras e administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços de que trata este parágrafo”. E, de acordo com o § 5º, “É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários”.

▣ **Cláusula de renúncia à orientação médica quando do preenchimento de declaração de doença preexistente. Abusividade.** “(...). 3. Todo prestador de serviços tem o dever de oferecer informações de forma clara e objetiva, de modo que o consumidor possa manifestar sua vontade livremente. 4. A inserção de cláusula de renúncia em declaração de saúde é abusiva por induzir o segurado a abrir mão do direito ao exercício livre da opção de ser orientado por um médico por ocasião do preenchimento daquela declaração, notadamente porque se trata de documento que tem o condão de viabilizar futura negativa de cobertura de procedimento ou tratamento. (...)”. (STJ. REsp 1554448/PE, Rel. Ministro João Otávio de Noronha, Terceira Turma, julgado em 18/02/2016, DJe 26/02/2016).

◆ **Submissão à perícia no momento da contratação.** A operadora pode exigir que o candidato a beneficiário se submeta à realização de perícia médica, conforme art. 5º, § 4º, da Resolução Normativa nº 558/2022: “É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde”.

▣ **Ausência de exame prévio. Não comprovação de fraude contratual pela omissão de doença preexistente. Cobertura devida.** “(...). PLANO DE SAÚDE – DOENÇA PREEEXISTENTE – AUSÊNCIA DE EXAME PRÉVIO – PRAZO

DE CARÊNCIA – ESTADO DE EMERGÊNCIA – COBERTURA OBRIGATÓRIA – RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. (...). 2. Não justifica a recusa por parte da agravante de autorizar o tratamento solicitado pelo agravado, sob alegativa de que, de acordo com o contrato celebrado entre as partes, a cobertura ainda não se consolidou, estando o mesmo no período de carência. 3. Cláusula de carência, ainda que voluntariamente aceita, deve ser flexibilizada ante situação de excepcional interesse e proteção à saúde e vida humana. O agravado encontra-se em situação de necessidade de tratamento decorrente de doença grave, devendo ser amparado pelo plano de saúde. 4. Ainda que exista declaração de saúde preenchida, e omissa a doença preexistente, a empresa não aferiu as reais condições de saúde do proponente, assumindo, assim, os riscos da sua atividade. Desta feita, torna-se obrigatória a cobertura requerida. (...). (TJPI. Agravo de Instrumento nº 2017.0001.008297-1. Relator: Des. Fernando Carvalho Mendes. 1ª Câmara Especializada Cível. Data de Julgamento: 28/08/2018). ■ **No mesmo sentido.** “Plano de saúde – Alegação de ocultação de doença preexistente – Descabimento – Ausência de exame médico admissional no ato da contratação – Aplicação da súmula 105 deste E. Tribunal – Rescisão unilateral e aplicação de cobertura parcial temporária afastadas – Sentença mantida – Recurso improvido”. (TJSP. Apelação 1009318-78.2015.8.26.0223; Relator Eduardo Sá Pinto Sandeville; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Guarujá – 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/12/2018; Data de Registro: 14/12/2018).

■ **Avaliação médica realizada quando da contratação. Doença preexistente. Recusa de cobertura legítima.** “(...). Tendo em vista que a avaliação médica realizada por ocasião da contratação do plano de saúde indicou a ocorrência de doença preexistente, cientificando-se o representante da menor, e, ainda, que na hipótese o contrato celebrado prevê a carência de 24 meses para o procedimento solicitado, que não se enquadra na situação de urgência, conforme art. 35-C da lei nº 9656/98, resta ausente os requisitos necessários à configuração da responsabilidade civil, devendo ser reformada a sentença, julgando-se improcedente o pedido da parte autora”. (TJPI. Apelação Cível nº 2012.0001.004708-0. Relator: Des. Brandão de Carvalho. 2ª Câmara Especializada Cível. Data de Julgamento: 24/04/2018).

► **Mapeamento genético. Discriminação. Impossibilidade de sua exigência no momento da contratação do plano de saúde.** “Entretanto, em que pese ao exposto, sabe-se que subsiste a realização de testes genéticos de possíveis assegurados, previamente à assinatura do contrato, com o objetivo de obtenção de diagnósticos prévios acerca do risco pessoal do possível contratante quanto às prováveis doenças e consequentes óbitos. Diante desse quadro fático, as companhias de seguro privado findam por estabelecer quais candidatos são passíveis de serem segurados, negando a contratação a indivíduos que predispostos a doenças que demandem procedimentos médicos de maior custo financeiro, ponderando-se os riscos diante do valor de prêmio e, portanto, minando o acesso de inúmeras pessoas a um convênio sanitário particular. Dessa maneira, ressalta-se que o contrato de seguro deve ser pautado, acima de tudo, no princípio da boa-fé entre as partes.

Portanto, assume-se que se deve proibir o acesso aos mapeamentos genéticos de potenciais clientes por parte das empresas seguradoras, sendo dever do cliente que cientifique a empresa acerca dos riscos conhecidos, evitando-se a formação de uma categoria de indivíduos que não possa ser assegurada e o uso da má-fé dos clientes no cometimento de fraude em relação às informações fornecidas. Não se fala aqui de negligenciar a omitir à Seguradora sobre a existência de doenças já caracterizadas, mas na ausência de divulgação do mapeamento genético que contém predisposição para doença. Caso contrário, reconhece-se a preocupante inserção os indivíduos em quadros estatísticos, mitigando-se a influência os fatores sociais face às dimensões exclusivamente biológicas. Nesse sentido, subsiste a preocupação com a exclusão dos fatores sociais, tendo em vista que toda ordem de individualidade – tais como: a homossexualidade, o gênio violento ou o sucesso no trabalho – passa a ser outorgada à justificativa genética. Nota-se, nesse contexto, que o indivíduo é desconsiderado em sua particularidade para passar a integrar uma categoria específica relacionada à coletividade de pacientes com determinado resultado, sendo possível destacar ocorrências como a recusa em contratação no mercado de trabalho, ou mesmo para inscrição no seguro-saúde. Além da segregação que advém das informações obtidas, ressalte-se que a violação da intimidade do indivíduo, perpetrada na busca por informações genéticas que possuem nítido objetivo de reversão econômica em favor da empresa, gera largo impacto psicológico, além de cercear a liberdade do indivíduo, tanto por meio da revelação dos apontamentos encontrados quanto pela inacessibilidade do contrato de seguro, gerada pelo aumento de seu valor monetário. Assim sendo, ressalte-se ainda que as doenças genéticas podem não se manifestar, se manifestar dentro de um espectro de maior ou menor severidade ou mesmo não se manifestar, já que estão relacionadas a fatores de genótipo e fenótipo imprevisíveis, inexistindo justificativa que permita a tomada de decisões apenas com base no mapeamento genético realizado. Dessa maneira, interessa destacar que as soluções não são claras ou facilmente aplicáveis. Todavia é possível afirmar que existe ‘um consenso internacional sobre a proibição de exigir estudos genéticos como requisito prévio ao contrato de seguro de vida’, tendo em vista que a mera possibilidade, ou predisposição, de que o indivíduo possui ao desenvolvimento de determinadas enfermidades, ‘não assegura que estas se manifestarão na vida do indivíduo, já que podem depender de muitos fatores ambientais’, considerando-se que o resultado do mapeamento não é capaz de indicar se o óbito do indivíduo advirá da enfermidade ou predisposição constatada. Por esse motivo, o direito deve buscar um equilíbrio entre o respeito à autonomia, individualidade das pessoas e suas características histórico-culturais – entre as quais inclui-se a confidencialidade das informações obtidas – e a liberdade da ciência. O controle social, por sua vez, por meio do pluralismo participativo, previne a problemática de um progresso científico e tecnológico que reduz cidadão a súdito em vez de proporcionar sua emancipação”. (ANDRADE, Amanda Figueiredo de; PEREIRA, Isadora Machado; FERREIRA, Keila Pacheco. O mapeamento genético e a afetação do acesso ao direito à saúde: a discriminação genética e os planos de saúde. *In: Revista dos Tribunais*. vol. 1051/2023, maio/2023, p. 107-122).

em estatuto social de cooperativa de trabalho médico de realização de processo seletivo público e de caráter impessoal, exigindo-se conteúdos a respeito de ética médica, cooperativismo e gestão em saúde como requisitos de admissão de profissionais médicos para compor os quadros da entidade, pois, por força de lei, o interessado deve aderir aos propósitos sociais do ente e preencher as condições estatutárias estabelecidas, devendo o princípio da porta aberta ser compatibilizado com a possibilidade técnica de prestação de serviços e a viabilidade estrutural econômico-financeira da sociedade cooperativa. Precedentes. [...]”. (AgInt nos EAREsp n. 1.978.737/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 29/8/2023, DJe de 4/9/2023).

■ **Imposição à entidade hospitalar de se credenciar à operadora. Impossibilidade. Autonomia privada.** “APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PRETENDIDA POR OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE A FORMALIZAÇÃO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO COM DETERMINADA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, VISANDO COMPELIR ESTA A PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE AOS CLIENTES/BENEFICIÁRIOS DOS SEUS PLANOS OFERTADOS. LIMINAR NEGADA. AGRAVO DE INSTRUMENTO DESPROVIDO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DE APELAÇÃO DA OPERADORA DE SAÚDE (PARTE AUTORA). [...] 2. MÉRITO DA LIDE. PROPOSTA DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO COM OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. INOBTANTE TRATATIVAS NEGOCIAIS PRELIMINARES, AUSENTE LIVRE MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE CONTRATAR DA ENTIDADE HOSPITALAR. PACTO NÃO FORMALIZADO. PRETENSA IMPOSIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR MEIO DE CREDENCIAMENTO COM PLANO DE SAÚDE. TESE INSUBSISTENTE. PREVALÊNCIA DO PRINCÍPIO DA AUTONOMIA PRIVADA DA VONTADE. ADEMAIS, INOCORRENTE OFENSA À LEGISLAÇÃO ANTITRUSTE (LEI N. 12.529/2011), NEM PREJUÍZO À SOCIEDADE E CONSUMIDORES DA REGIÃO ONDE ESTABELECIDO A UNIDADE HOSPITALAR. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. [...]. (TJSC. Apelação Cível n. 0300867-72.2015.8.24.0058. Rel.(a) Cláudia Lambert de Faria, Quinta Câmara de Direito Civil, j. 22-05-2018).

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

- I – registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
- II – nome fantasia;
- III – CNPJ;
- IV – endereço;
- V – telefone, fax e e-mail; e
- VI – principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

- I – razão social da operadora ou da administradora;
- II – CNPJ da operadora ou da administradora;
- III – nome do produto;
- IV – segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
- V – tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
- VI – âmbito geográfico de cobertura;
- VII – faixas etárias e respectivos preços;
- VIII – rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
- IX – rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
- X – outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo.

◆ **Autorização de funcionamento e Registro.** A concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, bem como o Registro de Produtos, são disciplinados pela Resolução Normativa nº 543/2022, da ANS.

► **Registro provisório.** O art. 9º (*supra*) dispôs que as operadoras de plano de saúde deveriam registrar-se provisoriamente, junto à ANS, a partir da vigência da Lei nº 9.656/98, registro este que permaneceria até a edição da regulamentação, que somente veio a se concretizar com a Resolução Normativa nº 85/2004, posteriormente substituída pela Resolução Normativa nº 543/2022. Por isso, os parágrafos do art. 19 enumeram os documentos necessários para que as empresas pudessem formalizar seus registros provisórios, ficando, assim, autorizadas a comercializarem os produtos de assistência privada à saúde.

■ **Constitucionalidade.** No julgamento da ADI nº 1.931/DF, o Supremo Tribunal Federal declarou a constitucionalidade do art. 19, § 5º, da Lei nº 9.656/98, sob o seguinte fundamento: “A norma conforma-se ao princípio da razoabilidade, direcionando à linearidade. É dizer, estabelece que, independentemente de impasses no registro administrativo das empresas de planos de saúde ou na adequação, à disciplina normativa, dos contratos celebrados após 2 de janeiro de 1999, os consumidores não podem ser prejudicados, tendo jus à sistemática inaugurada pela Lei nº 9.656/1998”. (STF. ADI 1931, Rel. Min. Marco Aurélio, Tribunal Pleno, julgado em 07/02/2018, Acórdão Eletrônico DJe-113 Divulg. 07-06-2018 Public. 08-06-2018).

■ **Exercício de atividade de operadora de plano de saúde sem a autorização de funcionamento. Satisfação dos requisitos legais à época da autuação.** “(...) 1. Para a pessoa jurídica obter a autorização de funcionamento definitiva junto a ANS e poder atuar legalmente no mercado de saúde suplementar, além de satisfazer aos requisitos constantes na Lei nº 9.565/98 e na Resolução Normativa 85/2004, alterada pela RN 100/2005, deve haver também o deferimento expresso da Agência Nacional de Saúde, o qual se manifesta com a publicação da aludida autorização e a comunicação à interessada através de ofício da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE. 2. No caso, o Sindicato autor (FISCO Saúde), ora apelado, pleiteia provimento jurisdicional que anule o procedimento administrativo da ANS que culminou na imposição de multa, por ter sido autuado cometendo a infração prevista no art. 18 da RN 124/2006 (“exercer a atividade de operadora de plano privado de assistência à saúde sem autorização da ANS”). 3. A alegação de que à época da lavratura do auto de infração (março de 2009) da ANS já havia preenchido e apresentado todos os re-

quisitos exigidos para a obtenção da autorização de funcionamento não pode afastar a penalidade imposta pela Administração, vez que a autorização para exercer a atividade de operadora de plano de saúde não prescinde do juízo de conveniência da agência reguladora, a qual poderá rejeitar e/ou indeferir o pedido. O fato de apresentar a documentação exigida pela lei não gera direito público subjetivo a estar autorizado a exercer a atividade de operadora de plano de saúde. 4. Muito embora seja certo que no intervalo de 2006 a 2008 a demandante demonstrou ter providenciado a constituição de uma nova pessoa jurídica, dissociada do Sindifisco/PE e com objeto social distinto, exclusivo para operar plano de saúde, tal fato não lhe socorre, vez que as novas exigências para o exercício dessa atividade surgiram desde em 1998, com publicação da Lei nº 9.656/98 – e persistiram em suas diversas alterações em consequência das sucessivas reedições da MP 1.665/04/06/1998, atualmente reeditada como MP 2.177-44/2001 – mas somente em 2006 é que a empresa apelada demonstra empenho em regularizar a sua situação, conforme atestam os elementos materiais acostados aos autos. (...)”. (TRF 5ª Região. Processo: 08083264120154058300, Desembargador Federal Carlos Wagner Dias Ferreira, 4ª Turma, Julgamento: 05/08/2016).

◆ **Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde.** A Resolução Normativa nº 507, de 30/03/2022, dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, o qual corresponde a “uma certificação de boas práticas em gestão organizacional e em gestão em saúde, de caráter voluntário, realizado por Entidades Acreditoras, cujo objetivo é a qualificação da prestação dos serviços, induzindo a mudança no modelo de atenção à saúde existente, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário” (art. 2º). Os requisitos para reconhecimento das entidades creditoras estão dispostos no art. 3º, *in verbis*:

Art. 3º Para fins de reconhecimento pela ANS da aptidão para ser uma Entidade Acreditoras do Programa de Acreditação de Operadoras, as pessoas jurídicas deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I- possuir representação no Brasil;

II- ter reconhecimento de competência pela Coordenação Geral de Acreditação - CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO;

III- não possuir administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:

a) conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;

b) participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadora ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada; e

c) relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em operadora ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada;

IV- A Entidade Acreditoras do Programa de Acreditação de Operadoras não pode ter tido o seu reconhecimento cancelado pela ANS nos últimos 5 (cinco) anos.

§1º O disposto no inciso III deste artigo se aplica às pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas de uma pessoa jurídica a ser reconhecida como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras.

§2º O disposto no inciso III deste artigo não afasta a possibilidade de serem identificadas outras causas que caracterizem comprometimento da imparcialidade da pessoa jurídica que pretende ser reconhecida pela ANS como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo.

◆ **Fiscalização. Visita Técnica.** A Instrução Normativa nº 23/2022, da Diretoria Colegiada da ANS, regulamenta o procedimento de Visita Técnica Econômico-Financeira às Operadoras de Planos de Saúde, sendo que o seu art. 1º define a Visita Técnica Econômico-Financeira como sendo “a ação orientada para promover trabalho em campo, em estabelecimento da operadora, com a finalidade de revisar os processos de controles internos e de governança, verificar a confiabilidade das informações enviadas periodicamente à ANS por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS, das demonstrações contábeis ou, ainda, quando identificado qualquer indício de desconformidades econômico-financeira, a critério do Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras”. Quanto ao procedimento, dispõem os seus arts. 2º e 3º, *in verbis*:

Art. 2º A Visita Técnica será precedida de intimação à operadora, formulada mediante ofício.

§1º A intimação deverá conter:

I- identificação da operadora;

II- data, hora e local em que será realizada a Visita Técnica;