

NOTA DE ESCLARECIMENTO AOS ASSOCIADOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS POR ADESÃO

Informação, cautela e responsabilidade na contratação de planos de saúde

A Associação dos Funcionários Públicos do Estado de São Paulo – AFPESP, no exercício de sua responsabilidade institucional e de seu compromisso permanente com a defesa dos legítimos interesses de seus associados, entende necessário prestar esclarecimentos sobre os planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão, especialmente diante das transformações ocorridas no mercado de saúde suplementar e dos relevantes impactos econômicos e assistenciais que podem decorrer dessa modalidade de contratação.

A presente Nota possui caráter informativo, educativo e preventivo.

Seu objetivo não é desestimular, de forma indistinta, a contratação de planos coletivos por adesão, tampouco desqualificar as empresas, entidades e profissionais que atuam regularmente no setor.

Seu propósito é assegurar que o associado disponha de informações suficientes para compreender, antes de contratar, o produto que está adquirindo, a modalidade contratual escolhida, os agentes envolvidos, as responsabilidades de cada um, os critérios de reajuste, as condições de permanência, as hipóteses de encerramento do contrato e os mecanismos eventualmente disponíveis para preservação de sua assistência à saúde.

Essa cautela é especialmente importante porque a escolha de um plano de saúde não representa apenas uma decisão de consumo de curto prazo.

Trata-se, muitas vezes, de uma relação contratual continuada, que pode acompanhar o beneficiário e sua família durante muitos anos e justamente nos períodos em que a necessidade de assistência médica tende a ser maior.

O direito à informação adequada, clara e suficiente é elemento essencial para que essa decisão seja tomada de maneira consciente e responsável.

1. O que é um plano coletivo por adesão?

Os planos privados de assistência à saúde podem ser contratados, em linhas gerais, nas modalidades individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.

O plano coletivo por adesão é destinado a pessoas que mantenham vínculo com determinadas pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, observadas as condições estabelecidas pela legislação e pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Nessa modalidade, pode haver a participação de uma Administradora de Benefícios, pessoa jurídica que, nos termos da regulamentação, pode exercer funções específicas na contratação e na gestão do plano coletivo, inclusive, em determinadas estruturas, atuar como estipulante.

Por isso, antes de aderir a um plano coletivo por adesão, é fundamental que o associado saiba exatamente:

- quem é a operadora responsável pela assistência à saúde;
- se existe administradora de benefícios e qual é a sua função;
- qual é a pessoa jurídica contratante;
- qual é o vínculo que justifica a elegibilidade do associado;
- quais são as responsabilidades de cada participante da relação contratual; e
- quais são as condições estabelecidas no contrato coletivo.

O vínculo associativo ou profissional que fundamenta a contratação não deve ser tratado como mera formalidade destinada exclusivamente à comercialização de um plano de saúde.

2. Plano coletivo por adesão não é plano individual ou familiar

Essa distinção é fundamental.

Embora ambas as modalidades tenham por finalidade proporcionar assistência privada à saúde, os regimes de contratação são juridicamente distintos e estão submetidos a regras regulatórias diferentes.

Nos planos individuais ou familiares, existe proteção regulatória específica quanto ao reajuste anual por variação de custos, com percentual máximo definido pela ANS.

Nos planos coletivos, empresarial ou por adesão, não existe atualmente um teto geral de reajuste anual equivalente ao aplicável aos planos individuais ou familiares.

Os critérios de reajuste obedecem a regras próprias, que variam conforme a dimensão do contrato e sua estrutura.

Essa diferença é suficientemente relevante para que a modalidade contratual seja apresentada ao associado de maneira clara, ostensiva e inequívoca, sem que um produto coletivo seja apresentado como se possuísse as mesmas características de um plano individual ou familiar.

3. O preço inicial não deve ser o único critério de escolha

É perfeitamente possível que um plano coletivo por adesão apresente, no momento da contratação, mensalidade economicamente mais atrativa do que outra modalidade de plano.

Isso, entretanto, não significa necessariamente que o produto representará menor custo ao longo de toda a relação contratual.

Antes de contratar, o associado deve considerar, além do preço inicial:

- a forma de reajuste;
- os reajustes por mudança de faixa etária, quando aplicáveis;
- a possibilidade de alteração ou encerramento do contrato coletivo;

- a abrangência geográfica;
- a rede assistencial;
- a segmentação assistencial;
- as regras de coparticipação ou outros mecanismos de regulação;
- as condições de permanência;
- as possibilidades de portabilidade; e
- a efetiva capacidade de representação e assistência da entidade que viabiliza a elegibilidade.

Em outras palavras, o menor preço de hoje não deve ser confundido automaticamente com o menor custo ou com a maior segurança contratual ao longo dos anos.

4. Como funcionam os reajustes dos planos coletivos?

Essa é uma das questões que mais merecem atenção.

Nos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, os contratos da mesma operadora são, em regra, agrupados para fins de cálculo e aplicação do reajuste, de modo que seja utilizado um mesmo percentual para o conjunto de contratos que integram o agrupamento, observadas as regras estabelecidas pela ANS.

Nos contratos coletivos com 30 ou mais beneficiários, o reajuste é objeto de negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora ou administradora de benefícios, conforme a estrutura contratual.

Isso, contudo, não significa ausência de regras ou autorização para reajustes arbitrários.

A ANS estabelece mecanismos de transparência, inclusive quanto à disponibilização da memória de cálculo e da metodologia utilizada para a definição do percentual, observadas as regras aplicáveis à modalidade contratual.

Portanto, a expressão “livre negociação” não deve ser interpretada como sinônimo de ausência de transparência, controle contratual ou dever de informação.

5. A pessoa jurídica contratante possui importância muito maior do que pode parecer

No plano coletivo por adesão, a pessoa jurídica que viabiliza a elegibilidade do associado não deve ser vista simplesmente como uma porta de entrada para determinado produto.

O associado deve procurar conhecer:

- a denominação e a natureza jurídica da entidade;
- sua finalidade institucional;
- sua história;

- sua efetiva atividade associativa;
- sua representatividade;
- os serviços que presta aos associados;
- sua estrutura de atendimento;
- sua independência em relação aos demais agentes da contratação; e
- sua efetiva capacidade de interlocução na defesa dos interesses de seus associados.

A existência formal de uma entidade não é, por si só, suficiente para que o associado possa avaliar a segurança da relação.

O ponto essencial é saber se existe, de fato, **uma coletividade legitimamente representada e uma entidade que possua condições de exercer, dentro de suas competências, o papel institucional que dela se espera.**

6. O risco da chamada “falsa coletivização”

Merece atenção especial o fenômeno conhecido como falsa coletivização, expressão utilizada para descrever situações em que uma estrutura formalmente coletiva não corresponde, na prática, a uma coletividade legítima e efetivamente representada, podendo ser utilizada primordialmente como instrumento de comercialização de determinado produto.

Isso não significa que toda entidade pouco conhecida seja ilegítima ou que todo plano coletivo por adesão seja irregular.

Significa, tão somente, que o associado deve verificar se existe efetivo vínculo associativo ou profissional e se a entidade possui existência, finalidade e atuação compatíveis com a função que exerce na contratação.

Por essa razão, a adesão a uma entidade desconhecida exclusivamente para viabilizar a contratação de um plano de saúde deve ser realizada com especial cautela.

7. A entidade de classe deve representar efetivamente seus associados

Esse aspecto merece atenção especial.

Quando uma entidade de classe participa da estrutura de um plano coletivo por adesão, é legítimo que o associado espere dela **representatividade, credibilidade, independência e capacidade de interlocução**, respeitados, evidentemente, os limites de suas competências jurídicas e institucionais.

Em uma relação contratual de longa duração, problemas podem surgir em diferentes momentos: reajustes, alterações de rede, cobranças, dificuldades de atendimento, portabilidade, perda de elegibilidade, alterações contratuais ou encerramento do contrato coletivo.

Nessas situações, o associado precisa saber **a quem recorrer e qual será o papel da entidade à qual está vinculado.**

Não se mostra razoável que o associado somente descubra, diante de um problema grave, que a entidade responsável por sua elegibilidade não possui estrutura ou representatividade suficientes para auxiliá-lo na interlocução com os demais agentes da relação.

8. Atenção aos interesses econômicos envolvidos

A cadeia de contratação de um plano coletivo por adesão pode envolver diferentes agentes, entre eles entidade de classe, administradora de benefícios, operadora, corretora e outros intermediários.

A existência de relações comerciais ou econômicas entre esses agentes, por si só, não caracteriza irregularidade.

Entretanto, o associado tem legítimo interesse em compreender quem exerce cada função, quem assume cada responsabilidade e quais interesses econômicos podem estar presentes na operação.

A transparência é particularmente importante quando diferentes agentes participam da comercialização, administração ou gestão do produto.

A decisão do associado deve ser tomada com conhecimento suficiente das circunstâncias relevantes da contratação, sem que informações econômicas ou comerciais importantes sejam omitidas, minimizadas ou apresentadas de maneira capaz de induzir a uma percepção equivocada sobre a natureza do produto.

A sustentabilidade econômica da saúde suplementar é legítima e necessária.

Da mesma forma, é legítimo que empresas busquem resultado econômico.

O que não se pode perder de vista é que **a atividade econômica relacionada à saúde possui uma dimensão humana que não pode ser reduzida à simples lógica de captação, retenção ou transferência de beneficiários entre carteiras.**

9. Rescisão de contrato coletivo: um risco que deve ser conhecido

Outra diferença importante entre as modalidades de contratação diz respeito às condições de encerramento do contrato.

Nos planos coletivos, as condições de rescisão devem ser verificadas no instrumento contratual e na regulamentação aplicável.

A eventual rescisão do contrato coletivo pode atingir uma coletividade de beneficiários, razão pela qual esse risco deve ser conhecido antes da contratação e não somente quando a relação já estiver consolidada.

Isso não significa, contudo, que o encerramento do contrato implique o desaparecimento imediato de todos os direitos assistenciais.

A regulamentação da ANS estabelece situações específicas de proteção aos beneficiários, inclusive quanto à continuidade do atendimento de beneficiários internados e à cobertura de procedimentos já autorizados durante a vigência contratual, observadas as condições aplicáveis.

Assim, diante de uma comunicação de encerramento ou rescisão, o beneficiário deve agir com cautela, reunir imediatamente sua documentação e buscar informações sobre os direitos que permanecem assegurados e sobre as alternativas disponíveis.

10. Alteração da rede assistencial e direito à portabilidade

A continuidade e a qualidade da rede assistencial constituem elementos essenciais para a segurança do beneficiário.

Por isso, também merece especial atenção a hipótese de **descredenciamento de entidade hospitalar ou de retirada de serviço de urgência e emergência de prestador hospitalar**.

A Resolução Normativa ANS nº 585/2023 estabeleceu proteção específica para essas situações.

Nos termos de seu artigo 19, é facultada ao beneficiário a portabilidade de carências quando ocorrer o credenciamento de entidade hospitalar por redimensionamento por redução ou substituição, bem como quando houver retirada do serviço de urgência e emergência de prestador hospitalar, desde que a situação ocorra no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano.

Nessas hipóteses, o direito à portabilidade pode ser exercido independentemente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço, observadas as demais condições estabelecidas pela regulamentação aplicável.

A ANS reconhece essa previsão como mecanismo específico de proteção diante de alterações relevantes da rede hospitalar.

Trata-se de informação especialmente importante porque a substituição ou retirada de um hospital ou de determinado serviço de urgência e emergência pode produzir impacto significativo na vida do beneficiário, sobretudo quando existe relação de confiança ou continuidade assistencial com aquele estabelecimento.

Assim, diante de comunicação de credenciamento que possa enquadrar-se nessa hipótese, o associado deve **verificar imediatamente a incidência do artigo 19 da RN nº 585/2023 e as condições para exercício da portabilidade**, evitando tomar decisões precipitadas ou simplesmente presumir que a alteração da rede não lhe confere qualquer alternativa.

É importante ressaltar que essa proteção específica se refere às hipóteses previstas na própria RN nº 585/2023 e **não significa que todo e qualquer credenciamento de qualquer prestador de saúde gere automaticamente direito à portabilidade**.

11. Portabilidade de carências: informação que pode fazer diferença

A portabilidade de carências constitui importante mecanismo de proteção do beneficiário.

Ela permite, observados os requisitos regulamentares, a contratação de novo plano sem o cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

A regulamentação contempla diferentes hipóteses de portabilidade, inclusive situações relacionadas ao cancelamento de planos coletivos e, conforme já mencionado, hipóteses específicas decorrentes de alterações da rede hospitalar.

A ANS informa que a portabilidade é um direito dos beneficiários que atendam aos requisitos previstos na regulamentação e que, em determinadas situações, há flexibilização dos requisitos ordinários de permanência e compatibilidade de preço.

Por isso, diante de eventual cancelamento ou encerramento de plano coletivo, ou de situação de alteração relevante da rede assistencial, o beneficiário **não deve simplesmente presumir que perdeu sua proteção assistencial ou que será necessariamente obrigado a iniciar novamente todos os períodos de carência.**

É indispensável verificar imediatamente a hipótese de portabilidade aplicável, seus requisitos e os prazos correspondentes.

Atenção especial: O beneficiário não deve cancelar espontaneamente o plano de origem antes de verificar as condições da portabilidade e, quando for o caso, de concluir adequadamente a contratação do novo plano.

A adoção precipitada dessa providência pode produzir consequências indesejadas para o associado.

12. Súmula Normativa nº 21 da ANS

A Súmula Normativa nº 21, de 12 de agosto de 2011, também merece ser conhecida.

Seu conteúdo está relacionado à vedação da recontagem de períodos de carência em determinadas situações de ingresso em novo plano da mesma operadora, observadas as condições estabelecidas na própria Súmula.

Não se trata, portanto, de uma autorização genérica para qualquer mudança de plano nem de garantia irrestrita de manutenção de todas as condições anteriormente contratadas.

A análise deve considerar a modalidade contratual, a operadora envolvida, as coberturas contratadas e a incidência das regras específicas de portabilidade, migração ou adaptação.

13. Idade, condição de saúde e seleção de riscos

O associado também deve permanecer atento a qualquer situação que possa caracterizar tratamento discriminatório em razão de idade, condição de saúde ou deficiência.

A comercialização de planos de saúde não pode ser utilizada para dificultar ou impedir, de maneira discriminatória, o acesso de pessoas consideradas economicamente mais onerosas para a carteira.

O envelhecimento, uma doença ou uma deficiência não podem ser transformados em justificativa para a redução indevida de direitos ou para a criação de obstáculos incompatíveis com a legislação e a regulamentação aplicáveis.

Por isso, qualquer situação dessa natureza deve ser documentada e analisada individualmente.

14. Cuidado com ofertas que enfatizam apenas vantagens

O associado deve ter cautela com ofertas comerciais que destaquem exclusivamente:

- preço inicial reduzido;
- facilidade de contratação;
- ausência ou redução de carências;
- acesso a determinada rede assistencial;
- suposta equivalência com plano individual;
- promessa de estabilidade de preço;
- facilidade de migração futura; ou
- suposta garantia de permanência indefinida.

Essas informações podem constituir elementos legítimos da oferta, mas não são suficientes para uma decisão responsável.

Antes da contratação, é recomendável obter e examinar a documentação correspondente e verificar, entre outros aspectos:

- modalidade do plano;
- registro do produto na ANS;
- operadora;
- administradora de benefícios, se houver;
- pessoa jurídica contratante;
- vínculo de elegibilidade;
- segmentação assistencial;
- abrangência geográfica;
- rede assistencial;
- regras de reajuste;
- coparticipação;
- condições de permanência;
- hipóteses de rescisão;
- regras de portabilidade; e
- demais condições previstas no contrato.

15. Um roteiro simples para o associado

Antes de aderir a um plano coletivo por adesão, procure obter respostas claras para as seguintes perguntas:

- 1. Qual é exatamente a modalidade do plano?**
- 2. Quem é a operadora responsável pela assistência à saúde?**
- 3. Existe administradora de benefícios? Qual é sua função?**
- 4. Qual é a pessoa jurídica contratante?**
- 5. Qual é o vínculo que justifica minha elegibilidade?**
- 6. A entidade possui efetiva atuação associativa ou profissional?**
- 7. Qual é o número de registro do plano na ANS?**
- 8. Como funciona o reajuste anual?**
- 9. O contrato possui menos de 30 ou 30 ou mais beneficiários?**
- 10. Quais são as condições para rescisão do contrato coletivo?**
- 11. Quais são as condições para perda da qualidade de beneficiário?**
- 12. Existe coparticipação ou outro mecanismo de regulação?**
- 13. Quais são as condições para portabilidade de carências?**
- 14. O que acontece se houver alteração ou redução da rede assistencial?**
- 15. Em quais situações o credenciamento de hospital ou serviço de urgência e emergência pode assegurar o direito à portabilidade?**
- 16. Quem efetivamente representa os interesses dos beneficiários perante os demais agentes?**
- 17. Quais são as responsabilidades da entidade, da administradora e da operadora?**

Se essas perguntas não puderem ser respondidas de forma **clara, objetiva e documentada**, recomenda-se cautela antes da adesão.

16. A decisão deve considerar o longo prazo

A contratação de um plano de saúde não deve ser analisada exclusivamente com base na mensalidade que será paga no primeiro mês.

É necessário considerar que o vínculo pode se prolongar por muitos anos e que as necessidades assistenciais do beneficiário também podem mudar ao longo do tempo.

Por isso, uma escolha responsável deve considerar simultaneamente:

preço + reajuste + rede assistencial + cobertura + regras de permanência + possibilidade de portabilidade + segurança contratual + representatividade.

Nenhum desses fatores, isoladamente, é suficiente para definir a melhor escolha.

17. A posição institucional da AFPESP

A AFPESP entende que **informar também é uma forma de proteger**.

Por essa razão, considera indispensável que o associado tenha acesso, antes da contratação, a informações claras sobre as características, vantagens, limitações, riscos e consequências econômicas da modalidade contratual que lhe está sendo oferecida.

A AFPESP respeita a atuação legítima das operadoras, administradoras de benefícios, corretoras, entidades de classe e demais agentes do mercado de saúde suplementar.

Da mesma forma, reconhece que a sustentabilidade econômica do setor é necessária para a continuidade da prestação dos serviços de saúde.

Entretanto, entende que **nenhum interesse econômico, por legítimo que seja, pode afastar o direito do associado a receber informação adequada, clara, verdadeira, suficiente e compreensível para que possa tomar uma decisão consciente**.

A AFPESP também entende que uma entidade de classe não deve ser reduzida à condição de simples instrumento de elegibilidade para um produto de saúde.

A entidade deve possuir legitimidade, representatividade e compromisso institucional compatíveis com a confiança que lhe é depositada por seus associados.

18. Importante ressalva

A presente Nota possui caráter geral e educativo.

As condições de cada plano de saúde dependem do respectivo contrato, da modalidade de contratação, da regulamentação vigente e das circunstâncias concretas de cada beneficiário.

Por essa razão, as informações aqui apresentadas **não substituem a análise individualizada de contratos, documentos ou situações específicas**.

Da mesma forma, a AFPESP não assume responsabilidade por contratos coletivos por adesão celebrados por intermédio de outras entidades ou estruturas das quais não participe.

Isso não significa, contudo, indiferença diante de situações que possam atingir seus associados.

Ao contrário: sempre que estiver dentro de suas atribuições e possibilidades institucionais, a AFPESP buscará orientar, acompanhar e defender os legítimos interesses de seus associados, observados os limites jurídicos e as particularidades de cada caso.

19. Informação, prevenção e responsabilidade

A AFPESP acredita que **a melhor defesa começa antes do problema**.

Por isso, recomenda aos seus associados que **não decidam pela contratação de um plano de saúde exclusivamente com base no preço, em uma promessa comercial ou na indicação de terceiros.**

É preciso conhecer o contrato, compreender a modalidade de contratação, identificar os agentes envolvidos, avaliar os riscos econômicos e assistenciais e verificar quem efetivamente estará ao lado do beneficiário caso surja uma situação de conflito.

A saúde não pode ser tratada como uma escolha de consumo comum.

Ao mesmo tempo em que exige sustentabilidade econômica, a saúde envolve direitos fundamentais, expectativas legítimas e situações de extrema vulnerabilidade.

Por isso, a AFPEPSP entende que **transparência, boa-fé, equilíbrio, responsabilidade e respeito ao associado devem estar presentes em toda a cadeia de contratação e prestação da assistência à saúde.**

Em momentos de dificuldade, quando uma decisão equivocada pode produzir consequências econômicas e assistenciais significativas, uma informação correta, prestada no momento adequado, pode fazer toda a diferença.

Desde 1931, a AFPEPSP mantém como compromisso institucional a defesa dos legítimos interesses de seus associados.

É nesse espírito que reafirma seu compromisso de **informar, orientar, prevenir e, sempre que cabível, atuar na defesa de seus associados.**

A AFPEPSP continuará acompanhando a evolução do mercado de saúde suplementar e da regulamentação aplicável, mantendo-se vigilante diante de situações que possam afetar os direitos, a segurança assistencial ou o equilíbrio econômico de seus associados.

São Paulo, agosto de 2026.

ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO – AFPEPSP

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE