



INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES – RN 561

A Resolução Normativa n. **561/2022**, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **modificou as regras de cancelamento para os planos de saúde** a pedido do beneficiário.

A RN n. 561/2022 prevê o cancelamento imediato do contrato **a partir do momento em que a operadora de saúde (no caso, a Unimed Rio e Odontoprev) ou administradora de benefícios (no caso, a Mapma) tome conhecimento do pedido.**

Os cancelamentos não podem ser processados com data retroativa. Portanto, a solicitação de cancelamento enviada à SIAS via malote ou Correios será processada **a partir da data de recebimento do requerimento, e não da data do envio.** Para que a solicitação seja atendida na data de solicitação/preenchimento, é necessário enviar a carta de cancelamento por e-mail, uma vez que o recebimento dos originais via malote/Correios é demorado.

As solicitações por e-mail devem ser enviadas para atendimento@sias.org.br, **até as 15h de dias úteis**, a fim de facilitar o processo. **Caso a solicitação seja feita após esse horário ou em feriados/finais de semana, deverá conter a data do próximo dia útil.**

Caso o beneficiário deseje o cancelamento para uma data que seja **fim de semana ou feriado**, o cancelamento **somente poderá ser feito quando solicitado diretamente à Odontoprev**, através do telefone **0800 702 9000**.

Lembrando que o cancelamento do contrato do plano de saúde poderá resultar em:

- Cumprimento de novos prazos de carência;
- Perda do direito à portabilidade de carências;
- *Preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT);*
- *Perda imediata do direito de remissão (se você está isento do pagamento do plano de saúde por um determinado período).*

O pedido de cancelamento ou exclusão **é irrevogável e tem efeito imediato.** Ou seja, a partir da data de cancelamento preenchida no formulário, **não há mais cobertura do plano de saúde.**

IMPORTANTE: as **mensalidades vencidas ou eventuais coparticipações** devidas em decorrência de serviços realizados antes ou após a solicitação de cancelamento **são inteira responsabilidade do Titular do plano.**

NOME DO TITULAR: _____

CPF: _____

MOTIVO DO CANCELAMENTO:

Migração para outro plano de saúde

Motivos financeiros

Descontentamento com a rede credenciada

Outros: _____

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PLANO OU EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Protocolo: _____

Eu, _____, Titular do plano, Código nº _____, solicito o cancelamento do plano Odontoprev de:

minha inscrição

(todos dependentes e beneficiários familiares vinculados, caso hajam, serão cancelados por consequência)

dependente(s)

Informe abaixo os dados do(s) dependente(s) que será(ão) cancelado(s):

Código: _____ Nome: _____

DATA DO CANCELAMENTO: _____

A partir desta data, a solicitação será efetuada e o beneficiário deixará de ter a cobertura do Plano.

Prezado(a) Senhor(a)

Como Administradora de Benefícios responsável pela gestão de seu plano de saúde coletivo por adesão, acusamos o recebimento de sua solicitação de cancelamento e iremos encaminhar seu pedido à operadora, para a mesma realizar as providências cabíveis.

Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento de Plano ou Exclusão de Beneficiário de Plano de Saúde, Art. 15. RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 561, de 15 de dezembro de 2022.

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 3 de junho de 1998;

b) Na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho 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 24 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 coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho 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.

Declaro estar ciente das informações acima.

Assinatura